

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан**  
Научный Центр медицинских и экономических проблем  
здравоохранения

**ПРОТОКОЛЫ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

(Для стационаров терапевтического профиля)

Алматы 2006

## **ББК 53.5**

Одним из направлений реализации Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. является совершенствование системы управления здравоохранением. Создание системы управления качеством медицинской помощи предусматривает стандартизацию, внедрение новых (зарекомендовавших себя положительно в международной практике и рекомендуемых ВОЗ) методов диагностики и лечения заболеваний.

В соответствии с современными международными подходами стандарты в здравоохранении должны создаваться с применением специальных методологий международного уровня, основанных на принципах доказательной медицины.

В период с 2000 по 2004 годы при координации Научного Центра медицинских и экономических проблем здравоохранения (НЦМЭПЗ), разработаны периодические медико-экономические протоколы диагностики заболеваний и лечения в условиях стационара и на уровне первичной медико-санитарной помощи.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан №160 от 30.03.05г., протоколы диагностики и лечения по наиболее часто встречающимся заболеваниям были доработаны с учетом предложений по результатам апробации в регионах страны и требований доказательной медицины. Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 30.12.2005 г. № 655 «Об утверждении периодических протоколов диагностики и лечения» протоколы диагностики и лечения утверждены для внедрения.

Техническая и методологическая помощь при доработке протоколов диагностики и лечения была осуществлена международными организациями Проект ЗдравПлюс, Всемирный Банк, UNICEF, ВОЗ, UNFPA.

**ISBN 9965-15-616-6**

**© НЦМЭПЗ**

## Авторский коллектив

Разработка и совершенствование протоколов диагностики и лечения координировались специалистами Научного Центра медицинских и экономических проблем здравоохранения МЗ РК: Биртанов Е.А., Бейсенбекова Г.К., Гаврилов С.С., Рахимбекова Д.К., Иванченко Н.Н., Акшалова Д.З. при поддержке и содействии проекта ЗдравПлюс и ЮНПФА.

**Методологи:** Еламанова С., Жуматов К.Х., Кипшакбаев Р., Кочеткова Т., Масимов А.Б., Салов Р.В., Супиев А.

### *Акушерско-гинекологический профиль:*

**Разработчики:** Исина Г.М., Раева Р.М., Рослякова А., Султанова Ж.У., Сапарбекова А.З., Утегалиева Г.Н.

**Эксперты:** Деревянко Г.Г., Лялькина А.А., Скакова Р.С., Соколова Л.А.

### *Педиатрический профиль:*

**Разработчики:** Джаксон Н.Л., Идрисова Р.С., Имамбаева Т.М., Канатбаева А.Б., Лепесова М.М., Наурызбаева М.С., Нусипбекова С.С., Шарипова М.Н.

**Эксперты:** Алибек А.О., Каримова Р.Б., Тастанбеков Б.Ж., Хван Г.В.

### *Терапевтический профиль:*

**Разработчики:** Абубакирова Ш.С., Айтбаева С.Б., Альменова Л.Т., Джумашева Б.Б., Каменова С.У., Негай Н.А., Рысбеков Е.Р., Татибекова А.М., Семенова Р.И., Сулейменова З.И., Тойбаева Г.М.

**Эксперты:** Байзолданова А.Т., Бедарева Л.С., Берченко М.А., Исмагулова З.Б., Кабулбаев К.А., Кайшибаев Н.С., Курманова А.К., Лапин В.И., Нурмагамбетова С.А., Петрова Н.П., Слезовская Л.Г., Чеглакова В.М.

### *Хирургический профиль:*

**Разработчики:** Березко Н.А., Берикова Э.А., Ерманов Е.Ж., Каракетова Н.М., Кобцева В.Ю., Краморенко Ю.С., Малик Б.К., Мухамбетов С.М., Надилов Б.Н., Романчик А.А., Сагатов Г.С., Хусаинов Т.Э., Ячменев В.М.

**Эксперты:** Арынбаев Т.К., Дьяченко Н.А., Дюсенова Р.Б., Жиглова О.Г., Кадырбаев Р.В., Казыбаев Н.К., Куандыков Е.А., Турсунов К.Т., Халимов А.Р., Шарипова М.А., Шин А.А.

## Анафилактический шок

**Код протокола:** 21-177а

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:** Восстановление функции всех жизненно важных систем и органов

**Длительность лечения:** 2-5 дней

**Коды МКБ:**

T78.0 Анафилактический шок, вызванный патологической реакцией на пищу

T85 Осложнения, связанные с другими внутренними протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами

T63 Токсический эффект, обусловленный контактом с ядовитыми животными

W57 Укус или ужаление неядовитыми насекомыми и другими неядовитыми членистоногими

X23 Контакт с шершнями, осами и пчелами

T78 Неблагоприятные эффекты, не классифицированные в других рубриках

**Определение: Анафилактический шок** - состояние, сопровождающееся нарушением гемодинамики, приводящей к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах. АШ развивается после контакта больного с непереносимым им аллергеном (чужеродные белки при переливании препаратов крови; медикаменты; аллергены, вводимые в процессе СИТ; яд перепончатокрылых и другие).

**Классификация:** по течению анафилактического шока:

1. Острое доброкачественное - стремительное наступление клинической симптоматики, шок полностью купируется под влиянием соответствующей интенсивной терапии.
2. Острое злокачественное - стремительное наступление, может быстро наступить смертельный исход даже при своевременной квалифицированной помощи.
3. Затяжное течение - начальные признаки развиваются стремительно с типичными клиническими симптомами, активная противошоковая терапия дает временный и частичный эффект. В последующем клиническая симптоматика не такая острая, но отличается резистентностью к терапевтическим мерам.
4. Рецидивирующее течение - характерно возникновение повторного со-

стояния после первоначального купирования его симптомов, нередко возникают вторичные соматические нарушения.

5. Абортивное течение - шок быстро проходит и легко купируется без применения каких-либо лекарств.

Шесть вариантов анафилактического шока: типичный, гемодинамический (коллаптоидный), асфиксический, церебральный, абдоминальный, тромбозмобилический.

#### **Факторы риска:**

1. Лекарственная аллергия в анамнезе.
2. Длительное применение лекарственных веществ, особенно повторными курсами.
3. Использование депо-препаратов.
4. Полипрагмазия.
5. Высокая сенсibiliзирующая активность лекарственного препарата.
6. Длительный профессиональный контакт с лекарствами.
7. Аллергические заболевания в анамнезе.
8. Наличие дерматомикозов (эпидермофитии), как источника сенсibiliзации к пенициллину.

**Поступление:** экстренное

#### **Критерии диагностики:**

При остром злокачественном течении шока период жалоб отсутствует. Наступает внезапная потеря сознания, остановка сердца и клиническая смерть.

#### **Характерные симптомы шока:**

- изменение цвета кожных покровов (гиперемия кожи или бледность, цианоз);
- различные экзантемы;
- отек век, лица, слизистой носа;
- холодный липкий пот;
- чихание, кашель, зуд;
- слезотечение;
- рвота;
- клонические судороги конечностей (иногда судорожные припадки);
- двигательное беспокойство;
- непроизвольное выделение мочи, кала, газов.

#### **При объективном клиническом обследовании выявляется:**

- частый нитевидный пульс (на периферических сосудах);
- тахикардия (реже брадикардия, аритмия);
- тоны сердца глухие;

- артериальное давление (АД) быстро снижается (в тяжелых случаях нижнее давление не определяется). В относительно легких случаях АД не снижается ниже критического уровня 90-80 мм рт. ст. В первые минуты иногда АД может слегка повышаться;
- нарушение дыхания (одышка, затрудненное хрипящее дыхание с пеной изо рта);
- зрачки расширены и не реагируют на свет.

Гемодинамический вариант характеризуется превалированием в клинической картине гемодинамических нарушений с развитием выраженной гипотонии (шок), вегето - сосудистых изменений и функциональной (относительной) гиповолемии.

В клинической картине на первое место выступают симптомы нарушения сердечно-сосудистой деятельности:

- сильные боли в области сердца;
- резкое снижение АД;
- слабость пульса и его исчезновение;
- нарушение ритма сердца;
- спазм периферических сосудов (бледность) или их расширение (генерализованная «пылающая гиперемия»);
- дисфункция микроциркуляции (мраморность кожных покровов, цианоз).

При асфиксическом варианте доминирующими являются развитие бронхо- и ларингоспазма, отёка гортани с появлением признаков тяжёлой острой дыхательной недостаточности. Возможно развитие респираторного дистресс-синдрома взрослых с выраженной гипоксией.

Церебральный вариант. Отличительной чертой данного клинического варианта ЛАШ является развитие судорожного синдрома на фоне психомоторного возбуждения, страха, нарушения сознания больного. Довольно часто данный вариант ЛАШ сопровождается дыхательной аритмией, вегето - сосудистыми расстройствами, менингеальным и мезенцефальным синдромами.

Абдоминальный вариант характеризуется появлением симптоматики так называемого «ложного острого живота» (резкие боли в эпигастральной области и признаки раздражения брюшины), что нередко приводит к диагностическим ошибкам.

Тяжесть клинической картины ЛАШ определяется степенью, скоростью развития гемодинамических нарушений, а так же продолжительностью этих нарушений. По степени тяжести ЛАШ условно разделяют на 3 степени:

- Легкая степень - клиническая картина характеризуется нерезко выраженными симптомами шока: появляются бледность кожных покровов, головокружение, кожный зуд, крапивница, осиплость голоса. Нередко отмечаются признаки бронхоспазма, схваткообразные боли в животе. Сознание сохранено, но больной может быть заторможен (обнубиляция). Отмечается умеренное снижение АД, пульс частый, нитевидный. Продолжительность ЛАШ лёгкой степени от нескольких минут до нескольких часов.
- Средняя степень тяжести - характеризуется развёрнутой клинической картиной: больной предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, беспокойство, страх, головокружение, боли в области сердца, нарушение зрения и слуха, кожный зуд. Могут быть тошнота, рвота, кашель и удушье (часто стридорозное дыхание). Сознание больного угнетено - обнубиляция, сопор. При осмотре кожных покровов выявляется крапивница, ангионевротический отек Квинке. Характерна резкая смена гиперемии кожи бледностью. Кожные покровы холодный, покрыты липким потом, цианоз губ, зрачки расширены. Нередко отмечается появление судорог. Со стороны ССС - тахикардия, пульс нитевидный или не определяется, АД не определяется. Могут отмечаться непроизвольные мочеиспускание и дефекация, пена в углу рта.
- Тяжёлая степень - составляет 10-15 % всех случаев ЛАШ. Шок развивается молниеносно и характеризуется отсутствием продромальных явлений, внезапной потерей сознания, судорогами и быстрым наступлением смерти. Больные теряют сознание, падают. Появляются клонические и тонические судороги, холодный липкий пот, цианоз. АД и пульс не определяются. Непроизвольное мочеиспускание и дефекация, пена в углу рта. Зрачки расширены. Летальный исход наступает в течение 5-40 минут.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Подсчет лейкоцитов в камере Горяева
3. Определение кальция
4. Определение хлоридов
5. Определение калия/натрия
6. Электrokардиограмма

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ мочи
2. Определение АЛТ, АСТ

**Тактика лечения:**

Алгоритм лечения анафилактического шока:

Общие мероприятия:

1. Оценить тяжесть состояния больного (необходимо ориентироваться на жалобы больного, уровень сознания, окраску и влажность кожных покровов, характер дыхания и пульса)
2. Прекратить введение лекарственного препарата
3. При диагностике клинической смерти проводятся мероприятия первичного реанимационного комплекса
4. В остальных случаях:
  - Уложить больного с приподнятым ножным концом
  - Сохранить или обеспечить венозный доступ
  - Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей и доступ кислорода

Специфические мероприятия:

1. Ввести 1,0 мл 0,18 % раствора эпинефрина на 0,9 % растворе хлорида натрия. Повторное введение эпинефрина осуществляется с интервалом в 3-5 минут.
2. В/в инфузия 500-1000 мл 0,9 % раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы с целью поддержания венозного доступа и ликвидации относительной гиповолемии.
3. Преднизолон 90-120 мг в/в на 20,0 мл 0,9 % растворе хлорида натрия и 30 мг в/м или дексаметазон 8-16 мг в/в на 20,0 мл 0,9 % раствора хлорида натрия и 4 мг в/м или гидрокортизон 125-250 мг в/в и 50 мг в/м. Повторное введение ГКС осуществляют с интервалом в 4 часа. При введении ГКС с целью стабилизации гемодинамики (повышения уровня системного АД) - первая доза вводимого преднизолона составляет 500 мг (препарат разводят в 100 мл 0,9 % раствора хлорида натрия с добавлением 5000 ЕД гепарина и вводят в/в струйно - «малая пульстерапия»), поддерживающая доза преднизолона - 250 мг на введение.
4. Антагонисты  $H_1$ -гистаминорецепторов 1-го поколения, после стабилизации гемодинамики
5. Обколоть место внутримышечной, подкожной или внутривенной инъекции 0,5 мл 0,18 % раствора эпинефрина.

При превалировании в клинической картине:

Нарушений гемодинамики:

1. Мезатон 1% -2,0-4,0 мл или допамин 200 мг на 400,0 мл 0,9 % раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы. Препараты вводятся в/в капельно, скорость введения постепенно увеличивается под контролем системного АД.

2. Преднизолон 500 мг в/в струйно на 100,0 мл 0,9 % раствора хлорида натрия с добавлением 5000 ЕД гепарина («малая пульс - терапия»).

Астматического (бронхообструктивного) синдрома:

1. Аминофиллин 2,4% -10,0 в/в на 20,0 физ.раствора в/в медленно .
2. Преднизолон 90-120 мг или дексаметазон 8-16 мг или гидрокортизон 125-250 мг в/в струйно.

Отека Квинке:

1. Адреномиметики – раствор эпинефрина 0.18% 1,0в/в
2. ГКС - преднизолон 90-120 мг или дексаметазон 8-16 мг или гидрокортизон 125-250 мг в/в струйно.
3. Антигистаминные препараты (H-1- и H-2-гистаминоблокаторы) в/в , дифендирамин 1% 1,0 в/в
4. 40-80 мг фуросемида в/в.
5. По показаниям, при неэффективности консервативных мероприятий - Трахеостомия.

При отсутствии положительной динамики в течение ближайших 20-30 минут:

1. Повторное введение преднизолона в дозе 90-120 мг в/в струйно и 30 мг в/м или дексаметазона 8-16 мг в/в струйно и 4 мг в/м или гидрокортизон 125-250 мг в/в струйно и 50 мг в/м (суточная доза преднизолона может достигать 480-1200 мг и более). Рассмотреть возможность проведения «малой пульс - терапии ГКС», если ранее не проводилась.
2. Инфузия мезатона 1 % - 2,0-4,0 мл или допамин 200 мг на 400 мл 0,9 % раствора хлорида натрия или 5 % раствора глюкозы в/в капельно, постепенно увеличивая скорость введения под контролем АД.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Эпинефрин 0,18%-1,0мл, амп
2. \*Декстроза 5%-400мл, фл
3. \*Натрия гидрокарбонат 10 г, порошок пак
4. \*Фуросемид 20мг, амп
5. \*Преднизолон 30мг, амп
6. \*Аминофиллин 2,4%-5,0мл, амп
7. \*Дифенгидрамин 1%-1,0мл, амп
8. \*Натрия хлорид 500мл, фл
9. \*Гепарин 25000 МЕ, фл

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Дексаметазон 1мл, амп
2. \*Фенилэфрин 1 % - 1,0-2,0 мл
3. \*Допамин 200 мг на 400 мл

4. \*Гидрокортизон 2,5%-2мл, амп

Критерии перевода на следующий этап лечения: стабилизация состояния больного.

*Литература, использованная при подготовке протокола:*

1. Anaphylaxis/Allergic Reactions. guidelines reflect the current Resuscitation Council UK Guidelines. June 2004
2. Anaphylaxis guideline/ Guideline team James Thomas, Melanie Darwent, Helen Carter, Sally Bateman, Liza Keating/ Date of publication January 2004, version 1.0, review date January 2006
3. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 1248 с.: ил.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## Бронхиальная астма

**Код протокола:** 04-043а

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:**

1. Предупредить летальные исходы
2. Как можно быстрее восстановить дыхательную функцию и улучшить состояние больного.
3. Поддержать оптимальную функцию дыхания и предупредить рецидив приступа и окончания пребывания на этапе;

**Длительность лечения:** 5-11 дней

**Коды МКБ:**

J45.0 - Астма с преобладанием аллергического компонента;

J45.1 - Неаллергическая астма;

J45.8 - Смешанная астма;

J45.9 - Астма неуточненная;

J46 - Астматический статус (status asthmaticus)

**Определение: Бронхиальная астма (БА)** – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, основным патогенетическим механизмом которого является гиперреактивность бронхов, обусловленная воспалением, а основным клиническим проявлением – приступы удушья (преимущественно экспираторного характера) вследствие бронхоспазма, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов. Приступы удушья, а также характерные для БА кашель, чувство «заложенности» в груди, эпи-

зоды свистящих дистанционных хрипов возникают преимущественно в ночные или утренние часы и сопровождаются частично или полностью обратимой (спонтанно или вследствие лечения) бронхиальной обструкцией.

**Классификация:** Классификация астмы основывается на совместной оценке симптомов клинической картины и показателей функции легких:

1. По этиологии: атопическая (экзогенная); неатопическая (эндогенная); смешанная.

2. По тяжести заболевания:

- степень I (легкое эпизодическое);
- степень II (легкое персистирующее);
- степень III (астма персистирующая, средней тяжести);
- степень IV (тяжелая персистирующая астма).

3. По тяжести заболевания различают:

- ступень I (легкая интермиттирующая): количество симптомов днем  $\leq 2$  раз в неделю; отсутствие и нормальные показатели ПСВ (пиковая скорость выдоха) между обострениями, количество симптомов ночью  $\leq 2$  раз в месяц; ОФВ1 или ПСВ  $\geq 80\%$  нормы, разброс показателей ПСВ менее 20%
- ступень II (легкая персистирующая); количество симптомов днем  $> 1$  раза в неделю, но  $< 1$  раза в день; приступы нарушают активность; ночные симптомы  $> 2$  раз в месяц; ОФВ1 или ПСВ  $\geq 80\%$  нормы, разброс показателей ПСВ 20%-30%.
- ступень III (персистирующая, средней тяжести); симптомы ежедневно, приступы нарушают активность; ночные симптомы  $> 1$  раза в неделю; ОФВ1 или ПСВ – 60- 80% нормы, разброс показателей ПСВ  $> 30\%$ .
- ступень IV (тяжелая персистирующая): симптомы постоянные, ограничена физическая активность; ночные симптомы частые; ОФВ1 или ПСВ  $< 60\%$  нормы, разброс показателей ПСВ  $> 30\%$ .

4. По фазе течения: обострение, нестабильная ремиссия, ремиссия, стабильная ремиссия (более 2 лет).

**Факторы риска:** аэрополлютанты, аллергены клещей, домашней пыли (такие мелкие, что невидимы невооруженным глазом), курение табака (курит ли сам пациент или он вдыхает дым, когда курят другие), аллергены животных, покрытых шерстью, аллергены тараканов, пыльца и плесневые грибы вне помещений, плесневые грибы внутри помещений, физическая активность, лекарства.

**Поступление:** плановое, экстренное

**Показания к госпитализации:**

1. Тяжелый приступ бронхиальной астмы
2. Нет быстрого ответа на бронхорасширяющие препараты и эффект сохраняется менее 3-х часов.
3. Нет улучшения в течение 2-6 часов после начала оральной терапии кортикостероидами
4. Наблюдается дальнейшее ухудшение – нарастание дыхательной и легочно-сердечной недостаточности, «немое легкое».
5. Больные из группы высокого риска смерти:
  - у которых в анамнезе были состояния, близкие к летальному;
  - требующие интубации, искусственной вентиляции, что приводит к возрастанию риска интубаций при последующих обострениях;
  - у которых за последний год уже была госпитализация или обращение за неотложной помощью по поводу БА;
  - использующие в настоящем или недавно прекратившие применение пероральных ГКС;
  - избыточно употребляющие ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты быстрого действия, особенно более одной упаковки сальбутамола (или эквивалента) в месяц;
  - с психическими заболеваниями, психологическими проблемами в анамнезе, включая злоупотребление седативными препаратами;
  - с анамнестическими указаниями на плохое соблюдение плана лечения БА.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Спирография

Пикфлоуметрия

Рентгенография органов грудной клетки

Анализ мокроты общий и при необходимости 3-х кратное исследование на БК

Электрокардиография

**Критерии диагностики:** В анамнезе любое из следующих проявлений: кашель, особенно ночью; повторяющиеся хрипы; повторяющееся затрудненное дыхание; повторяющееся чувство сдавливания грудной клетки; симптомы возникают или ухудшаются ночью; симптомы становятся тяжелее при контакте с триггерами; симптомы облегчаются после применения бронхолитиков, прогрессирующее нарастание одышки, кашля, свистящих хрипов, затрудненное дыхание, чувство сдавливания в грудной клетке или сочетание этих симптомов.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Микрореакция
4. Общий анализ мокроты,
5. Исследование функций внешнего дыхания

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Анализ чувствительности микробов к антибиотикам
2. Рентгенография органов грудной клетки
3. Консультация пульмонолога
4. Консультация отоларинголога
5. Газовый состав крови

**Тактика лечения:**

- Ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты быстрого действия, обычно через небулайзер, по одной дозе каждые 20 мин в течение 1 часа.
- Оксигенотерапия для насыщения кислородом  $> 90\%$  (у детей –  $95\%$ ).
- Системные ГКС, если нет немедленного ответа на лечение или если пациент недавно принимал стероиды перорально, или тяжелый приступ (30-60 мг метилпреднизолона или 250 мг гидрокортизона внутривенно А).
- При тяжелом приступе возможно подкожное, внутримышечное или внутривенное введение  $\beta_2$ -агонистов, в/в метилксантинов, в/в сульфата магнезии<sup>1</sup>.
- При длительном приступе возможно развитие регидратации. Суточное потребление может быть на 2-3 л больше, чем обычно.

Купирование приступов: ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты быстрого действия (сальбутамол, фенотерол);  $\beta_2$ -агонисты длительного действия с быстрым началом действия (сальметерол, формотерол); комбинированные ЛС, включающие холинолитики и  $\beta_2$ -агонисты; метилксантины короткого действия (аминофиллин); системные ГКС (преднизолон).

Для длительного ведения астмы рекомендуется ступенчатый подход в зависимости от степени тяжести. Для всех уровней: дополнительно к регулярной ежедневной терапии, при необходимости должны применяться ингаляционные  $\beta_2$ -агонисты быстрого действия, но не чаще 3-4 раз в день, фиксированная комбинация фенотерола и ипротропия бромид.

Степень I – ежедневного приема для контроля заболевания не требуется. Рекомендуется назначать бронходилататоры короткого действия по потребности не более 1-2 раза в сутки.

Степень II - Ингаляционный ГКС: флутиказона пропионат 120 доз

(100-200 мкг 2 раза в сутки), Будесонид 100-250 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг в 1-2 приема. Альтернативное лечение: назначение пролонгированных препаратов теофиллина (теотард, теопэк 200-400 мг/сутки), блокаторов лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст 20 мг 2 раза в день). Бронходилататоры короткого действия (сальбутамол, фенотерол) по потребности не более 3-4 раз в сутки.

Степень III - - Ингаляционный ГКС: флутиказона пропионат 120 доз (400-1000 мкг 3-4 раза в сутки), Будесонид 800-1600 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 800-1600 мкг в 3-4 приема). или ИГКС в стандартной дозе в сочетании с агонистами  $\beta_2$  –адренорецепторов длительного действия (сальметерол по 50 мкг 2 раза в день или формотерол по 12 мкг 2 раза в день), фиксированная комбинация фенотерола и ипротропия бромида либо с пролонгированным препаратом теофиллина. Бронходилататоры короткого действия (сальбутамол, фенотерол) по потребности, но не более 3-4 раз в сутки. Альтернативное лечение: назначение пролонгированных препаратов теофиллина (теотард, теопэк 200-700 мг/сутки), кромонов (интал 5 мг/доза), блокаторов лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст 20 мг 2 раза в день).

Степень IV - Ингаляционный ГКС флутиказона пропионат по 100-200 мкг 3-4 раза в сутки, Будесонид более 800 мкг/сут, Беклометазон дипропионат 100 мкг - 10 доз (более 1000 мкг) в сутки или эквивалент плюс ингаляционный  $\beta_2$ -агонист длительного действия (сальметерол, формотерол), фиксированная комбинация фенотерола и ипротропия бромида; плюс один или более из следующих препаратов, если это необходимо: теофиллин замедленного высвобождения, антилейкотриеновый препарат, пероральный  $\beta_2$ -агонист длительного действия, пероральный ГКС.

Больным с вязкой мокротой назначают муколитики (амброксол, карбоцистеин, ацетилцистеин).

При наличии гнойной мокроты, высоком лейкоцитозе, ускоренном СОЭ назначают курс антибактериальной терапии учетом антибиотикограмм (спирамицин 3000 000 ЕД х 2 раза, 5-7 дней, амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг х 2 раза, 7 дней, кларитромицин 250 мг х 2 раза, 5-7 дней, цефтриаксон 1,0 х 1 раз, 5 дней, метронидазол 100 мл в/в капельно).

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Бекламетазон аэрозоль 200 доз
2. \*Ипротропия бромид аэрозоль 100 доз
3. Кромоглициевая кислота аэрозоль дозированный 5 мг; капсула 20 мг
4. \*Сальбутамол аэрозоль 100 мкг/доза; капсула 2 мг, 8 мг; раствор для небулайзера 20 мл

5. \*Теофиллин таблетка 200 мг, 300 мг таблетка ретард 350 мг
6. \*Фенотерол аэрозоль 200 доз
7. Ипратропия бромид 21 мкг + фенотерола гидробромид 50 мкг
8. \*Амброксол таблетка 30 мг; сироп 30 мг/5 мл
9. \*Амоксициллин+клавулановая кислота 625 мг
10. \*Азитромицин 500 мг
11. Метронидазол 100 мл, флакон

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Аминофиллин раствор для инъекций 2,4% в ампуле 5 мл, 10 мл
2. \*Салметерол аэрозоль для ингаляции 25 мкг/доза
3. \*Флутиказон аэрозоль 120 доз
4. \*Кларитромицин 500 мг, табл.
5. \*Спирамицин гранулы для суспензии 1,5 млн ЕД, 375 тыс ЕД, 750 тыс ЕД порошок для инфузий 1,5 млн ЕД

**Критерии перевода на следующий этап:** Неэффективность бронхолитической терапии, некупируемые приступы удушья в течение 6-8 часов, нарастание дыхательной недостаточности, «немое легкое».

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Вып.2. 4.1. Медиа Сфера. 2003 г.
2. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) под редакцией А.Г.Чучалина, Ю.Б.Белоусова, В.В.Яснецова. Выпуск VI. Москва 2005

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## **Вторичный сифилис кожи и слизистых**

**Код протокола:** 18-154в

**Профиль:** терапевтический, специальность - дерматовенеролог

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:** получение полного курса специфического лечения; предупреждение поздних рецидивов; обследование половых и бытовых контактов, проведение им превентивного лечения (в случае необходимости).

**Длительность лечения:** 28 день (14 дней – вторичный свежий)

**Коды МКБ:**

A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек

A51.4 Другие формы вторичного сифилиса

A52 Поздний сифилис

**Определение: Сифилис** - это инфекционное заболевание, характеризующееся иммунологической несостоятельностью, вызываемое бледной трепонемой, передающееся преимущественно половым путем с характерной периодизацией клинических симптомов, способное поражать все органы и системы.

**Классификация:**

1. Первичный серонегативный сифилис.
2. Первичный серопозитивный сифилис.
3. Вторичный свежий сифилис.
4. Вторичный рецидивный сифилис.
5. Скрытый ранний сифилис, длительностью до 2 лет.
6. Серорецидивный сифилис.
7. Серорезистентный сифилис.
8. Третичный сифилис.
9. Сифилис скрытый поздний. Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией давностью 2 года и более с момента заражения.
10. Скрытый сифилис неуточненный. Случаи с положительной серологической реакцией на сифилис при невозможности установить сроки заражения. В эту группу включаются лица, начавшие лечение в неустановленной в прошлом стадии сифилиса.
11. Ранний врожденный сифилис. Врожденный сифилис грудного (до 1 года) и раннего детского (до 2 лет) возраста.
12. Поздний врожденный сифилис более 2 лет давности.
13. Скрытый врожденный сифилис.
14. Сифилис нервной системы: ранний- при давности сифилитической инфекции до 2 лет; поздний- при давности сифилитической инфекции свыше 2 лет.
15. Спинная сухотка.
16. Прогрессирующий паралич.
17. Висцеральный сифилис с указанием пораженного органа.

**Факторы риска:**

Беспорядочные половые контакты, очень редко при непрямом контакте с больным человеком через предметы (зубные щетки, ложки, курительные трубки и т.д.), внутриутробная передача от больной матери ребенку, при прямом переливании крови, через молоко больной кормящей женщины ребенку.

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:**

1. Социально-неадаптированные люди; несовершеннолетние, доставляемые из Центра временной изоляции адаптации реабилитации несовершеннолетних (Согласно приказа Агентства РК по делам здравоохранения №695 от февраля 2001г. «О совершенствовании мер борьбы с болезнями, передаваемыми половым путем») с положительными серологическими реакциями.
2. Лица с заразными проявлениями на открытых участках кожи и слизистых.
3. Лица, работающие в организованных коллективах с положительными серологическими реакциями.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Кал на яйца глист;
4. Флюорография;
5. Реакция Вассермана;
6. Исследование крови на ВИЧ (Приказ 89 МЗ РК от 18 марта 1999г. и приказ 575 МЗ РК от 11 июня 2002 г. «Об утверждении правил освидетельствования лиц на ВИЧ-инфекцию»)- подлежат освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию больные с установленными диагнозами сифилис, гонорея, хламидиоз и др. с согласия больного).

**Критерии диагностики:**

1. Генерализованные высыпания на коже и слизистых оболочках (вторичные сифилиды):
  - сифилитическая розеола - розовое пятно величиной от чечевицы до ногтя мизинца, округлых очертаний, исчезающее при надавливании; расположены чаще всего на боковых поверхностях туловища и конечностях. Разновидности: отечная, сливная, рецидивная, кольцевидная; на слизистых оболочках - эритематозная сифилитическая ангина.
  - папулезные сифилиды- папулы, резко отграниченные от здоровой кожи, выступающие над ее уровнем. Разновидности: лентиккулярные, милиарные, нуммулярные, кольцевидные, себорейные, эрозивные, широкие кондиломы, роговые папулы, псориазиформные папулы.
  - пустулезные сифилиды (у ослабленных больных). Разновидности: угревидный, импетигиозный, оспеневидный, сифилитическая эктима, сифилитическая рупия.
  - сифилитическая алопеция: диффузная и мелкоочаговая.
  - сифилитическая лейкодерма - депигментированные пятна с преимущественной локализацией на задней и боковой поверхностях шеи, реже

- грудь, спина, живот, поясница.

2. Полиаденит (чаще увеличиваются паховые, подмышечные, локтевые, шейные);
3. Положительные серологические реакции.
4. Реакция Герксгеймера-Яриша «повышение температуры» после начала антибиотикотерапии

#### **Перечень основных диагностических услуг:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Исследование крови на ВИЧ
4. ИФА-НВsAg
5. Иммуноферментный анализ (ИФА)
6. Реакция иммунофлюоресценции
7. Кал на я/глист
8. КСР

#### **Перечень дополнительных диагностических услуг:**

1. Консультация терапевт по показаниям
2. Консультация офтальмолог по показаниям
3. Консультация отоларинголог по показаниям
4. Исследование мазков на гонорею, трихомониаз и дрожжевой грибок
5. ИФА хламидиоз по показаниям
6. Иммунограмма

#### **Тактика лечения:**

Этиотропная терапия:

*Методика 1:* Лечение проводится бензатинбензилпенициллиномG по 2,4 млн ЕД на инъекцию, 1 раз в неделю, №3; либо бициллином-1 по 2,4 млн ЕД на инъекцию, 1 раз в 5 дней, №6.

*Методика 2:* Лечение осуществляется бициллином-3, вводимым в дозе 1,8 млн ЕД 2 раза в неделю- №10; либо бициллином-5 в разовой дозе 150-0000 ЕД, вводимой 2 раза в неделю- №10.

*Методика 3:* Применяется прокаин-пенициллин в разовой дозе 1,2 млн, ежедневно на курс- №20, либо новокаиновая соль пенициллина по 600000 ЕД 2 раза в сутки- 20 дней.

*Методика 4:* Терапия осуществляется водорастворимым пенициллином по 1 млн. ЕД через 6 часов 4 раза в сутки в течение 20 дней.

*Методика 5:* (применяется только при гиперчувствительности, как к антибиотикам пенициллинового, так и цефалоспоринового ряда):

Применяется доксициклин по 0,1 г 3 раза в сутки в течение 30 дней, на курс 9г; \*либо тетрациклин по 0,5г 4 раза в сутки, через 6 часов в течение

30 дней, на курс 60 г. Эритромицин 0,5г на один прием 4 раза в сутки, в течение 30 дней, через 6 часов, на курс 60 г. Азитромицин по 0,5 г через 12 часов 2 раза в сутки, в течение 3-х недель.

*Методика 6:* Цефазолин по 1,0 г каждые 4 часа 6 раз в сутки, в течение 28 дней.

*Методика 7:* Цефтриаксон 1,0 x 1 раз в день через день в/м, курсовая доза 10,0гр.

Для профилактики дисбактериоза кишечника назначают противогрибковую терапию итраконазол оральный раствор 200 мг 2 р\сут в течение 21 дня или флуказанол 150мг 1 раз в 3 дня- 2-3 курса.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Бензилпенициллин пор д/и 1000000 ЕД, фл
2. \*Цефазолин 1 г, фл
3. \*Ампициллин 1 г, фл
4. \*БензатинбензилпенициллинG 2,4 млн. ЕД, фл
5. \*Бензилпенициллина новокаиновая соль 600000, фл

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Доксициклин 100 мг, табл.
2. \*Эритромицин 500 мг, табл.
3. \*Азитромицин 500 мг, табл.
4. \*Тетрациклин 100 мг, 200 мг табл.
5. Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл
6. \*Флуказанол 150 мг, табл
7. \*Цефтриаксон 1 г, фл.

#### **Критерии перевода на следующий этап:**

1. Полный курс специфического лечения.
2. Все больные подлежат «Д» наблюдению в течение 3-х лет с периодичностью сдачи анализов (реакции Вассермана) 1 раз в 3 мес.
3. При отсутствии негативации после специфического лечения в течение 1 года, назначается дополнительное лечение.

#### **Литература, использованная при подготовке протоколов:**

1. Syphilis National Guideline Clearinghouse [www. guideline.gov](http://www.guideline.gov).
2. 2002 national guidelines on the management of early syphilis. National Guideline Clearinghouse [www. guideline.gov](http://www. guideline.gov).
3. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. В двух томах. Под редакцией Ю.К.Скрипкина, В.Н. Мордовцева.- М., Медицина, 1999.
4. Лечение и профилактика сифилиса (методические рекомендации). Научно-исследовательский кожно-венерологический институт. Астана, 2004г.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## Гастрит, дуоденит

**Код протокола:** 06-071a

**Профиль:** терапевтический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** индукция ремиссии, купирование осложнений.

**Длительность лечения:** 10 дней

**Коды МКБ:**

K29 Гастрит и дуоденит

K29.0 Острый геморрагический гастрит

K29.1 Другие острые гастриты

K29.3 Хронический гастрит

K29.4 Эрозивный гастрит

K29.5 Хронический гастрит антральный, фундальный

K29.8 Дуоденит

K29.9 Хронический гастродуоденит

**Определение:** Гастрит - воспаление слизистой оболочки желудка, вызванное *H. Pylori*-инфекцией или другими повреждающими факторами и проявляющееся клеточной инфильтрацией, нарушением регенерации, развитием атрофии железистого эпителия, кишечной метаплазии, а также расстройствами секреторной, моторной и инкреторной функций желудка.

**Классификация:**

Обобщенная Сиднейская классификация гастрита (1990)

Тип: острый; хронический; особые формы (гранулематозный, эозинофильный, лимфоцитарный, гипертрофический, реактивный).

Локализация: гастрит антрума; гастрит тела; гастрит антрума и тела (пан-гастрит).

Морфология: воспаление; активность; атрофия; кишечная метаплазия; *Helicobacter pylori* (Hp).

Этиология:

- Микробная: *Helicobacter pylori* и др.
- Немикробная: аутоиммунная, алкогольная, пострезекционная, нестероидные противовоспалительные препараты, химические агенты
- Неизвестные факторы, в том числе, микроорганизмы

Примечания:

1. Неспецифические и специфические морфологические признаки гастрита рассматриваются без оценки тяжести.
2. Степень тяжести: легкая, умеренная, тяжелая.

3. Воздействие других микроорганизмов редко лежит в основе гастрита. Классификация гастрита (Рысс С.М., 1965, Григорьев П.Я., 1990; Рысс С.С, 1999)

I. По этиологии:

1. Экзогенный (вызванный алиментарными, механическими, химическими, термическими факторами, воздействием профессиональных вредностей, злоупотреблением алкоголем, курением, приемом лекарственных средств, инфекцией *Helicobacter pylori*)
2. Эндогенный (вызванный метаболическими и эндокринными нарушениями, тканевой гипоксией, портальной гипертензией, аллергическими реакциями)

II. По патогенезу:

1. Тип А (аутоиммунный)
2. Тип В (инфекционный, НР-ассоциированный)
3. Тип АВ
4. Тип С (токсико-химический): рефлюкс-гастрит, медикаментозный гастрит

III. По морфологии:

1. Поверхностный
2. С поражением желез без атрофии
3. Атрофический. Гастрит “перестройки”
  - 3.1. С кишечной метаплазией
  - 3.2. Атрофически-гиперпластический
4. Гипертрофический
5. Эрозивный

IV. По локализации:

1. Распространенный (пангастрит)
2. Ограниченный (антральный, пилородуоденит)
3. Фундальный

V. По функциональному состоянию желудка:

1. С нормальной или повышенной секреторной активностью
2. С секреторной недостаточностью

VI. По фазе заболевания: обострение, затихающее обострение, ремиссия

VII. По степени тяжести:

1. Легкая (1-2 обострения в год, клинические проявления незначительны, секреторная функция не нарушена, поражения других органов и систем отсутствуют)
2. Средняя 3-4 обострения в год, клинически проявления умеренно выражены, умеренные нарушения секреторной функции (чаще снижение),

возможно снижение массы тела)

3. Тяжелая (более 4 обострений в год, клинически проявления выражены, значительные нарушения секреторной и моторной функций, поражение других органов и систем, дефицит массы тела)

VIII. Особые (специальные) формы гастрита:

1. Ригидный антральный
2. Гигантский гипертрофический (болезнь Менетрие)
3. Полипозный
4. Эрозивный, геморрагический

IX. Осложнения:

1. Со стороны органов пищеварения
2. Со стороны других органов и систем.

**Хронический дуоденит** - патологический процесс в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки, в основе которого лежат воспалительные, дистрофические и регенеративные изменения, приводящие к структурной перестройке железистого аппарата, метаплазии и атрофии.

Классификация хронического дуоденита (Гребенев А.Л., 1981, 1994, Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., 1997)

1. По этиологии: первичный, вторичный
2. По распространенности:
  - диффузный (тотальный)
  - локальный: проксимальный (бульбит)
  - дистальный, папиллит
3. По морфологии: поверхностный, интерстициальный (без атрофии желез), атрофический, эрозивный
4. По фазе заболевания: обострение, затухающее обострение, ремиссия
5. Осложнения: перидуоденит, панкреатит, холецистит, холангит и др.

**Факторы риска:** Преобладают гастриты (гастродуодениты), ассоциированные с Нр-инфекцией. Атрофический гастрит, как правило, аутоиммунный, нередко проявляется В-12 дефицитной анемией. Так же выделяются гастриты, ассоциированные с повреждающим действием желчи и лекарственных средств, гранулематозные, эозинофильные и другие формы.

Провоцирующими факторами являются курение, алкоголь, неправильное питание, стрессы, профессиональные вредности, влияние химических агентов.

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:** Тяжелое течение (осложнения), частые рецидивы заболевания, отсутствие эффекта от амбулаторной терапии.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

- Общий анализ крови
- Анализ кала на скрытую кровь
- Общий анализ мочи
- Тест на Нр
- Гистологическое исследование биоптата
- Цитологическое исследование биоптата
- ЭФГДС с прицельной биопсией.
- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.

#### **Критерии диагностики:**

1. Клинические: синдром желудочной диспепсии (абдоминальная боль, тошнота, рвота, гиперацидизм) различной степени выраженности.
2. Эндоскопические: наличие отека, гиперемии, кровоизлияний, эрозий, контактная ранимость и кровоточивость слизистой оболочки желудка, атрофия и гиперплазия складок в зависимости от степени активности, этиологического фактора.
3. Гистологические: в соответствии с Сиднейской классификацией.
4. Лабораторные: В12-дефицитная анемия (при аутоиммунном гастрите), положительная реакция на скрытую кровь в кале, анемия в результате кровотечения (возможно при эрозивных поражениях).

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови.
2. Определение общего белка и белковых фракций.
3. Определение сывороточного железа в крови.
4. Анализ кала на скрытую кровь
5. Общий анализ мочи
6. Тест на Нр
7. Гистологическое исследование биоптата ( по показаниям).
8. Цитологическое исследование биоптата (по показаниям).
9. ЭФГДС с прицельной биопсией.
10. Дыхательный тест на мочевины ( по возможности).

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.
2. Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ с барием ( по показаниям).
3. Исследование желудочного сока (по показаниям)
4. Определение билирубина в крови .
5. Определение холестерина.
6. Определение АЛТ, АСТ.

7. Определение глюкозы крови.
8. Определение амилазы крови.

### **Тактика лечения:**

Лечение в зависимости от формы гастрита предусматривает проведение эрадикационной, противовоспалительной, прокинетической либо заместительной терапии на фоне диетического режима.

1. При гастритах с выраженной степенью активности процесса, ассоциированных с *Нр* –инфекцией лекарственная терапия заключается в эрадикации.

Терапия первой линии.

Ингибитор протонного насоса (омепразол\*20 мг, рабепразол\*<sup>A</sup> 20 мг, или ранитидин-висмут-цитрат\* в стандартной дозировке + кларитромицин\*<sup>A</sup> 500 мг + амоксициллин\*<sup>A</sup> 1000 мг или метронидазол 500 мг; все ЛС принимают 2 раза в день в течение 7 дней. Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом\*<sup>B</sup>, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении терапии второй линии. Кларитромицин\* по 500 мг 2 раза в день оказался эффективнее приёма ЛС в дозе 250 мг 2 раза в день<sup>B</sup>. Показано, что эффективность ранитидин-висмут-цитрата\*<sup>A</sup> и ингибиторов протонного насоса<sup>A</sup> одинакова.

Применение терапии второй линии рекомендуют в случае неэффективности препаратов первой линии. Ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в день + висмута субсалицилат\*<sup>B</sup> 120 мг 4 раза в день + метронидазол\*<sup>A</sup> 500 мг 3 раза в день + тетрациклин\*<sup>A</sup> 500 мг 4 раза в день.

2. При аутоиммунном атрофическом гастрите с ахлоргидрией и В12- дефицитной анемией: внутрь - натуральный желудочный сок или панзинорм\*, В/м цианкобаламин 1000\*мкг в течение 6 дней.
3. При рефлюкс-гастрите – алюминийсодержащие буферные антациды (фосфологель\*). В течение 2-3 нед. Внутрь домперидон\* 10мг или метоклопрамид\* 10мг за 15 мин. до еды 3-4 раза в день
4. При повышенной секреторной активности желудка показано назначение антисекреторных препаратов.
  - Ингибиторы протонного насоса: омепразол\*<sup>A</sup> 20 мг 2 раза в день, рабепразол\*<sup>A</sup> 20 мг 1-2 раза в день.
  - Блокаторы Н<sub>2</sub>-рецепторов гистамина: фамотидин<sup>A</sup>\*20 мг 2 раза в день, ранитидин<sup>B</sup>\* 150 мг 2 раза в день.
  - При необходимости — антациды<sup>B</sup>, цитопротекторы.

### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Амоксициллин 1000мг, табл
2. \*Кларитромицин 500мг, табл
3. \*Метронидазол 250 мг, табл
4. \*Тетрациклин 500 т.ед., амп
5. \*Комбинированные препараты, содержащие гидроокись алюминия, гидроокись магния 15мл, суспензия для приема внутрь
6. \*Фамотидин 40мг, табл
7. \*Ранитидин 150 мг, 300 мг, табл
8. \*Омепразол 20мг, 40 мг табл
9. Рабепразол 20мг, 40 мг табл

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Платифиллин, раствор для инъекций 0,2%
2. \*Дротаверин 40 мг, 80 мг, табл
3. \*Домперидон 10 мг, табл
4. \*Метоклопрамид 10 мг, табл
5. Мизопростол 200 мкг, табл

**Критерии перевода на следующий этап лечения:**

1. Купирование болевого и диспепсического синдромов.
2. Эрадикация *Helicobacter Pylori*.

**Литература, использованная при подготовке протоколов:**

1. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М.Хаитова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1248 с.:ил.
2. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. – М – Медиа Сфера, 2003.
3. Gastritis. Philadelphia: Intracorp, 2005. Клинические рекомендации.
4. Рекомендации по лечению и диспансеризации больных с основными заболеваниями органов пищеварения, Москва, 2001. Под редакцией П.Я.Григорьева, Э.П.Яковенко.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## **Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца. Гипертонический криз**

**Код протокола:** 05-052 г

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:** Устранение признаков гипертонического криза, улучшение самочувствия пациента, стабилизация гемодинамических показателей, перевод заболевания в стабильную фазу

**Длительность лечения** 10 дней

**Коды МКБ:**

I11.0 Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца с (застойной) сердечной недостаточностью

**Определение:**

**Гипертоническая болезнь (артериальная гипертония)** - стабильное повышение систолического артериального давления 140 мм.рт.ст. и более и /или диастолического артериального давления 90 мм.рт.ст. и более.

**Гипертонический криз** – внезапное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного снижения (необязательно до нормальных значений) для предупреждения поражения органов-мишеней.

**Классификация:** ВОЗ/МОАГ 1999 г.

**Категории нормального АД:**

Оптимальное АД < 120 / 80 мм.рт.ст.

Нормальное АД <130 / 85 мм.рт.ст.

Высокое нормальное АД или предгипертония 130 - 139 / 85-89 мм.рт.ст.

**Степени АГ:**

Степень 1 140-159 / 90-99

Степень 2 160-179/100-109

Степень 3  $\geq 180 / \geq 110$

Изолированная систолическая гипертензия  $\geq 140 / < 90$

### Критерии стратификации АГ

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний	Поражение органов мишеней	Сопутствующие (ассоциированные) клинические состояния
<p>1. Используемые для стратификации риска</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Величина САД и ДАД (степень 1-3)</li> <li>• Возраст <ul style="list-style-type: none"> <li>- мужчины &gt;55 лет</li> <li>- женщины &gt; 65лет</li> </ul> </li> <li>• Курение</li> <li>• Уровень общего холестерина крови &gt; 6,5 ммоль/л</li> <li>• Сахарный диабет</li> <li>• Семейные случаи раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний</li> </ul> <p>2. Другие факторы, неблагоприятно влияющие на прогноз*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сниженный уровень холестерина ЛПВП</li> <li>• Повышенный уровень холестерина ЛПНП</li> <li>• Микроальбуминурия (30-300 мг/сут) при сахарном диабете</li> <li>• Нарушение толерантности к глюкозе</li> <li>• Ожирение</li> <li>• Сидячий образ жизни</li> <li>• Повышенный уровень фибриногена в крови</li> <li>• Социально-экономические группы с высоким риском</li> <li>• Географический регион высокого риска</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография)</li> <li>• Протеинурия и/или небольшое повышение креатинина плазмы (106 – 177 мкмоль/л)</li> <li>• Ультразвуковые или рентгенологические признаки атеросклеротического поражения сонных, позвоночных и бедренных артерий, аорты</li> <li>• Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки</li> </ul>	<p>Церебро-васкулярные заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ишемический инсульт</li> <li>• Геморрагический инсульт</li> <li>• Транзиторная ишемическая атака.</li> </ul> <p>Заболевания сердца:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркт миокарда</li> <li>• Стенокардия</li> <li>• Роеваскуляризация коронарных сосудов;</li> <li>• Застойная сердечная недостаточность.</li> </ul> <p>Заболевания почек</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диабетическая Непропатия</li> <li>• Почечная недостаточность (креатинин &gt; 177 мкмоль/л).</li> </ul> <p>Сосудистые заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Расслаивающаяся аневризма</li> <li>• Поражение Периферических артерий с клиническими проявлениями.</li> </ul> <p>Выраженная гипертоническая ретинопатия</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Геморрагии или экссудаты;</li> <li>• Отек соска зрительного нерва.</li> </ul>

\* *Дополнительные и «новые» факторы риска (не учитываются при стратификации риска)*

Степени риска АГ:

Группа низкого риска (риск 1). Эта группа включает мужчин и женщин в возрасте моложе 55 лет с АГ 1 степени при отсутствии других факторов

риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (инсульта, инфаркта) составляет менее 15%.

Группа среднего риска (риск 2). В эту группу входят пациенты с АГ 1 или 2 степени. Основным признаком принадлежности к этой группе является наличие 1-2 других факторов риска при отсутствии поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (инсульта, инфаркта) составляет 15-20%.

Группа высокого риска (риск 3). К этой группе относятся пациенты с АГ 1 или 2 степени, имеющие 3 или более других факторов риска или поражение органов-мишеней. В эту же группу входят больные с АГ 3 степени без других факторов риска, без поражения органов-мишеней, без ассоциированных заболеваний и сахарного диабета. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в этой группе в ближайшие 10 лет колеблется от 20 до 30%.

Группа очень высокого риска (риск 4). К этой группе относятся пациенты с любой степенью АГ, имеющие ассоциированные заболевания, а также пациенты с АГ 3 степени, с наличием других факторов риска и/или поражением органов-мишеней и/или сахарным диабетом даже при отсутствии ассоциированных заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет превышает 30%.

#### Стратификация риска для оценки прогноза больных АГ

Другие факторы риска* (кроме АГ), поражения органов-мишеней, ассоциированные заболевания	Артериальное давление, мм.рт.ст.		
	Степень 1 САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	Степень 3 САД >180 ДАД >110
I. Нет факторов риска, поражения органов-мишеней, ассоциированных заболеваний	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
II. 1-2 фактора риска.	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
III. 3 фактора риска и более и/или поражение органов-мишеней и/или сахарный диабет	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
IV. Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

## Классификация гипертонических кризов (JNC-6)

- Осложненный гипертонический криз (критический, emergency) сопровождается развитием острого клинически значимого и потенциально фатального повреждения органов-мишеней, что требует экстренной госпитализации и немедленного снижения уровня АД с применением парентеральных антигипертензивных средств.

- Неосложненный гипертонический криз (некритический, urgency) протекает с минимальными субъективными и объективными симптомами на фоне имеющегося существенного повышения АД. Он не сопровождается острым развитием поражением органов-мишеней. Требуется снижения уровня АД в течение нескольких часов. Экстренной госпитализации не требует. Неосложненный ГК характеризуется малосимптомной АГ при следующих состояниях, ассоциированных с повышением АД: тяжелая и злокачественная АГ без острых осложнений, обширные ожоги, лекарственно-индуцированная АГ, периоперационная гипертония, острый гломерулонефрит с тяжелой АГ, криз при склеродермии.

**Поступление:** экстренное

**Показания для госпитализации:** осложненный гипертонический криз, т.е. диагностируются следующие состояния, ассоциированные с повышением АД:

- острая гипертоническая энцефалопатия;
- острое нарушение мозгового кровообращения;
- острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких);
- острый коронарный синдром (инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия);
- расслаивающая аневризма аорты;
- тяжелое артериальное кровотечение;
- эклампсия.

**Критерии диагностики:**

- относительно внезапное начало;
- индивидуально высокий уровень АД (ДАД как правило превышает 120-130 мм.рт.ст.);
- наличие признаков нарушения функции центральной нервной системы, энцефалопатии с общемозговой (интенсивные головные боли диффузного характера, ощущение шума в голове, тошнота, рвота, ухудшение зрения. возможны судороги, сонливость, выраженные нарушения сознания) и очаговой симптоматикой (парестезии кончиков пальцев рук, губ, щек, ощущение слабости в руках, ногах, двоение в глазах, преходящие нарушения речи, преходящие гемипарезы);

- нейровегетативные расстройства (жажда, сухость во рту, ощущение «внутренней дрожи», сердцебиение, ознобоподобный тремор, гипергидроз);
- кардиальная дисфункция различной степени выраженности с субъективными и объективными проявлениями;
- выраженные офтальмологические признаки (субъективные признаки и изменения глазного дна – резко вывращенное спазмирование артериол, расширение венул, отек соска зрительного нерва, кровоизлияния, отслойка сетчатки);
- впервые возникшие или усугубившиеся нарушения функции почек.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Измерение АД каждые 15-30 мин.;
2. Электрокардиография;
3. Эхокардиография
4. Общий анализ крови;
5. Общий анализ мочи;
6. Биохимические анализы крови – натрий, калий, кальций, мочевины, креатинин, коагулограмма, фибриноген;
7. Офтальмоскопия;
8. Консультация невропатолога.

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Гликемический профиль;
2. Липидный спектр;
3. Суточное мониторирование артериального давления;
4. Проба Реберга;
5. Реоэнцефалография и определение типа мозговой гемодинамики.

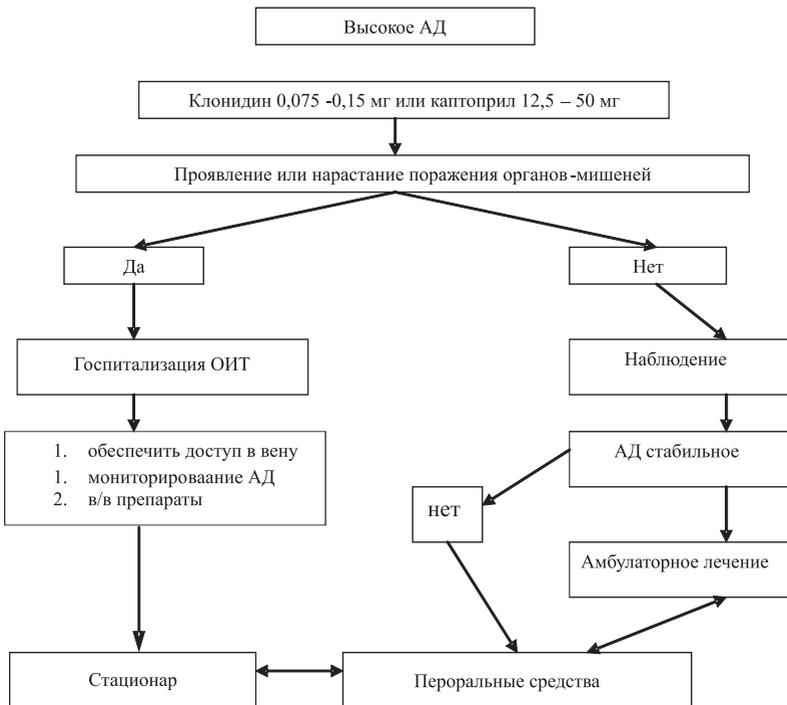
#### **Тактика лечения:**

Выбор лечебных мероприятий (препарат, путь введения, предполагаемая скорость и степень снижения АД) зависит от тяжести криза и наличия осложнений. Неотложные мероприятия должны быть направлены на снижение повышенной работы левого желудочка, устранение периферической вазоконстрикции и гиперволемии (если имеется), ишемии головного мозга (особенно при судорогах), острой коронарной или сердечной недостаточности.

Тактика лечения при осложненном ГК - внутривенное введение гипотензивных средств, мониторирование АД, экстренная госпитализация в ОИТ, управляемая гипотензия, с последующим переводом на таблетированные лекарственные средства. В случае ухудшения на фоне санирования АД введение лекарственных средств следует прекратить. В течение 30-120 мин.

АД снижают на 15-25%. В течение 2-6 ч – до 160/100 мм.рт.ст.  
 Тактика лечения при неосложненном ГК – наблюдение в течение 3-6 часов. Постепенное снижение АД с помощью таблетированных лекарственных средств, коррекция проводимой ранее терапии.

### Алгоритм лечения ГК (Галявич А.С., 2000)



#### Лечение неосложненного криза

- Нифедипин– 10-20 мг прием внутрь, разжевать (при отсутствии признаков ухудшения мозговой гемодинамики и атеросклеротического поражения сосудов)
  - Эналаприлат – 1,25 мг в\в, медленно в течение 3 мин.
  - Каптоприл – 25-50 мг под язык
  - Клонидин – 0,075 мг под язык (при ГК на фоне прекращения приема клонидина)
  - внутрь  $\beta$  - блокаторы: анаприлин 10-40 мг, пропранолол 40-80 мг.
- Гипертонический криз с гипертонической энцефалопатией требует осторожного снижения АД. Для этого используют в/в инфузию нитро-

пруссида натрия (0,25-10 мкг/мин). При судорожном синдроме вводят диазепам (в/в 10 мг).

Гипертонический криз с острой левожелудочковой недостаточностью. Показано в/в инфузия нитроглицерина (первоначально 5 мкг/мин, при необходимости дозу увеличивают на 5 мкг/мин каждые 3-5 мин до 20 мкг/мин, если эффект не достигнут, дозу увеличивают по 10-20 мкг/мин до 100 мкг/мин). При отсутствии острого инфаркта миокарда возможно в/в струйное введение *эналаприлата* (0,625 – 1,25 мг в течение 5 мин., при необходимости повторно каждые 6 ч). Дилатация легочных и периферических вен в сочетании с подавлением тахипноэ и уменьшением психомоторного возбуждения достигается дробным в/в введением 2-4 мг *морфина гидрохлорида* каждые 5-25 мин. Для снижения ОЦК и давления в легочной артерии вводят *фуросемид* в/в в дозе 0,5-1 мг/кг. Периферическая вазодилатация при нормальном и повышенном АД достигается вначале приемом *нитроглицерина* под язык, затем в/в капельной инфузией нитроглицерина (инфузия 10 мкг/мин, при необходимости увеличение дозы на 5-10 мкг/мин каждые 5-10 мин до уменьшения одышки или среднего АД на 10% при исходно нормальном АД и 30% при АГ). В/в инфузия нитратов особенно показана в случае развития острой левожелудочковой недостаточности при инфаркте миокарда, а также на фоне ГК без мозговой симптоматики. Обеспечение оптимальной оксигинации артериальной крови достигается дыханием увлажненного кислорода, в тяжелых случаях показана интубация трахеи и ИВЛ.

Гипертонический криз с острым коронарным синдромом. Препаратом выбора является в/в инфузия нитроглицерина (5-200 мкг/мин). Нитропруссид натрия при ишемии миокарда использовать нежелательно.

Расслаивающая аневризма аорты. Пропранолол 1-3 мг или верапамил 5 мг в/в стр., нитроглицерин в/в, морфин.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Нифедипин 10-20 мг, табл
2. \*Эналаприл 1,25 мг/1 мл, амп
3. Каптоприл 25-50 мг, табл
4. \*Фуросемид 0,5-1 мг/кг, амп
5. \*Нитроглицерин 0,0005 г, табл, 0,1% амп

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. Клонидин 0,15 мг, табл
2. \*Морфин 1 % 1 мл, амп
3. \*Верапамил 5 мг, амп
4. Дыхание увлажненным кислородом

### **Критерии перевода на следующий этап лечения:**

- стабилизация АД;
- улучшение самочувствия пациента;
- отсутствие или уменьшение признаков общемозговых и очаговых симптомов поражения нервной системы, нейровегетативных расстройств, кардиальных жалоб и других проявлений дисфункции сердечно-сосудистой системы

### *Литература, использованная для подготовки протоколов:*

1. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII). Complete Report. U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Health. National Heart? Lund, and Blood Institute.
2. The 2003 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension. Canadian Hypertension Education Program. [www.hypertension.ca/recommendations2003\\_va.html](http://www.hypertension.ca/recommendations2003_va.html)
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд., «ГЕОТАР-МЕД», 2002
4. Лечение гипертонического криза: взгляд с позиций доказательной медицины. **Е.В. Шляхто, А.О. Конради.** Качественная Клиническая Практика 2002;2:75. [www.cardiosite.ru](http://www.cardiosite.ru)
5. Гипертонический криз. Consilium-medicum, А.Л. Верткин, А.В. Тополянский Том 2/N 9/2000. А.Л. Верткин, А.В. Тополянский
6. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, том 7.
7. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики и диф. Диагностики, профилактики. Клиники и лечения.
8. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 6. Москва, 2005.
9. Терещенко С.Н. гипертонические кризы, современные принципы терапии. Журнал «Consilium medicum», 2004, № 11.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## **Гипертензивная болезнь сердца, осложненная сердечной недостаточностью**

**Код протокола:** 05-052 а

**Профиль** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:**

1. достижение компенсации основных симптомов АГ и сердечной недостаточности – снижение АД, уменьшение одышки, сердцебиения, повышение толерантности к физической нагрузке, снижение утомляемости, задержки жидкости в организме;
2. защита органов-мишеней от поражения (сердце, почки, головной мозг, сосуды, скелетная мускулатура);
3. улучшение качества жизни

**Длительность лечения:** 11 дней

**Коды МКБ:**

I10 Эссенциальная (первичная) гипертензия;

I11 Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца);

I50 Сердечная недостаточность;

I50.0 Застойная сердечная недостаточность;

I50.1 Левожелудочковая недостаточность

**Определение:**

**Гипертоническая болезнь (артериальная гипертензия)** - стабильное повышение систолического артериального давления 140 мм.рт.ст. и более и/или диастолического артериального давления 90 мм.рт.ст. и более (в результате как минимум трех измерений, произведенных в различное время на фоне спокойной обстановки. Больной при этом не должен принимать лекарственные средства как повышающие, так и понижающие АД) (1).

**Сердечная недостаточность** – симптомокомплекс, характеризующийся слабостью, одышкой, задержкой жидкости, который развивается вследствие различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к:

- неспособности сердца перекачивать кровь со скоростью, необходимой для удовлетворения метаболических потребностей тканей, или же обеспечению этих потребностей только при повышенном давлении наполнения;
- хронической гиперактивации нейрогормональных систем (2).

**Классификация:** (ВОЗ/МОАГ 1999 г.)

**Категории нормального АД:**

- Оптимальное АД < 120 / 80 мм.рт.ст.
- Нормальное АД <130 / 85 мм.рт.ст.
- Высокое нормальное АД или предгипертензия 130 - 139 / 85-89 мм.рт.ст.

**Степени АГ:**

- Степень 1 140-159 / 90-99
- Степень 2 160-179/100-109
- Степень 3  $\geq 180 / \geq 110$
- Изолированная систолическая гипертензия  $\geq 140 / < 90$

**Степени риска АГ:**

- Группа низкого риска (риск 1). Эта группа включает мужчин и женщин в возрасте моложе 55 лет с АГ 1 степени при отсутствии других факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (инсульта, инфаркта) составляет менее 15%.
- Группа среднего риска (риск 2). В эту группу входят пациенты с АГ 1 или 2 степени. Основным признаком принадлежности к этой группе является наличие 1-2 других факторов риска при отсутствии поражения органов-мишеней и ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (инсульта, инфаркта) составляет 15-20%.
- Группа высокого риска (риск 3). К этой группе относятся пациенты с АГ 1 или 2 степени, имеющие 3 или более других факторов риска или поражение органов-мишеней. В эту же группу входят больные с АГ 3 степени без других факторов риска, без поражения органов-мишеней, без ассоциированных заболеваний и сахарного диабета. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в этой группе в ближайшие 10 лет колеблется от 20 до 30%.
- Группа очень высокого риска (риск 4). К этой группе относятся пациенты с любой степенью АГ, имеющие ассоциированные заболевания, а также пациенты с АГ 3 степени, с наличием других факторов риска и/или поражением органов-мишеней и/или сахарным диабетом даже при отсутствии ассоциированных заболеваний. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет превышает 30%.

### Стратификация риска для оценки прогноза больных АГ

Другие факторы риска* (кроме АГ), поражения органов-мишеней, ассоциированные заболевания	Артериальное давление, мм.рт.ст.		
	Степень 1 САД 140-159 ДАД 90-99	Степень 2 САД 160-179 ДАД 100-109	Степень 3 САД >180 ДАД >110
I. Нет факторов риска, поражения органов- мишеней, ассоциированных заболеваний	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
II. 1-2 фактора риска.	Средний риск	Средний риск	Очень высокий риск
III. 3 фактора риска и более и/или поражение органов- мишеней и/или сахарный диабет	Высокий риск	Высокий риск	Очень высокий риск
IV. Ассоциированные (сопутствующие) клинические состояния	Очень высокий риск	Очень высокий риск	Очень высокий риск

#### Классификация гипертонического сердца (Frohlich, 1987 г.)

- 1 стадия – отсутствуют клинические признаки гипертонического сердца, но с помощью специальных методов исследования выявляются признаки повышенной нагрузки на миокард, увеличение потребности миокарда в кислороде и напряжения миокарда, ранние признаки нарушения диастолической функции миокарда левого желудочка, в частности, в снижение индекса опорожнения левого предсердия.
- 2 стадия – увеличение левого предсердия (по данным ЭКГ и ЭХОКГ).
- 3 стадия – развитие гипертрофии левого желудочка (по данным ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенографии), при этом отсутствуют клинические признаки недостаточности кровообращения.
- 4 стадия – развитие сердечной недостаточности вследствие прогрессирования гипертонической болезни сердца, часто присоединяется ишемическая болезнь сердца.

**Классификация хронической сердечной недостаточности  
(Российское ОССН, 2002г.)**

Функциональные классы ХСН (могут изменяться на фоне лечения)		Стадии ХСН (меняются на фоне лечения)	
I ФК	Ограничения физической активности отсутствуют: привычная физическая активность не сопровождается быстрой утомляемостью, появлением одышки или сердцебиением. Повышенную нагрузку большой переносит, но она может сопровождаться одышкой и/или замедленным восстановлением.	I ст.	Начальная стадия заболевания (поражения) сердца. Гемодинамика не нарушена. Скрытая сердечная недостаточность. Бессимптомная дисфункция левого желудочка.
II ФК	Незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.	II А ст.	Клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца. Нарушения гемодинамики в одном из кругов кровообращения выраженные умеренно. Адаптивное ремоделирование сердца и сосудов.
III ФК	Заметное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, физическая активность меньшей интенсивности по сравнению с привычными нагрузками сопровождается появлением симптомов.	IIБ ст.	Тяжелая стадия заболевания (поражения) сердца. Выраженные изменения гемодинамики в обоих кругах кровообращения. Деадаптивное ремоделирование сердца и сосудов.
IV ФК	Невозможность выполнить какую-либо физическую нагрузку без появления дискомфорта; симптомы СН присутствуют в покое и усиливаются при минимальной физической активности.	III ст.	Конечная стадия поражения сердца. Выраженные изменения гемодинамики и тяжелые (необратимые) структурные изменения органов-мишеней (сердца, легких, сосудов, мозга и др.). Финальная стадия ремоделирования органов.

## Эхокардиографическая классификация гипертонического сердца (Iriarte, 1995)

Степени	Описание
Степень 1	Диастолическая дисфункция левого желудочка
Степень 2	Диастолическая дисфункция левого желудочка в сочетании с его гипертрофией
Степень 3	Застойная сердечная недостаточность (выраженная одышка, Rtg – признаки отека легких, что соответствует ХСН III-IV ФК) при нормальной фракции выброса левого желудочка (50% и больше)
Степень 4	Застойная сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса левого желудочка (меньше 50%)

### Критерии стратификации АГ

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний	Поражение органов мишеней	Сопутствующие (ассоциированные) клинические состояния
<p>1. Используемые для стратификации риска</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ввеличина САД и ДАД (степень 1-3)</li> <li>• Возраст <ul style="list-style-type: none"> <li>- мужчины &gt;55 лет</li> <li>- женщины &gt; 65лет</li> </ul> </li> <li>• Курение</li> <li>• Уровень общего холестерина крови &gt; 6,5 ммоль/л</li> <li>• Сахарный диабет</li> <li>• Семейные случаи раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний</li> </ul> <p>2. Другие факторы, неблагоприятно влияющие на прогноз*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сниженный уровень холестерина ЛПВП</li> <li>• Повышенный уровень холестерина ЛПНП</li> <li>• Микроальбуминурия (30-300 мг/сут) при сахарном диабете</li> <li>• Нарушение толерантности к глюкозе</li> <li>• Ожирение</li> <li>• Сидячий образ жизни</li> <li>• Повышенный уровень фибриногена в крови</li> <li>• Социально-экономические группы с высоким риском</li> <li>• Географический регион высокого риска</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография)</li> <li>• Протеинурия и/или небольшое повышение креатинина плазмы (106 – 177 мкмоль/л)</li> <li>• Ультразвуковые или рентгенологические признаки теросклеротического поражения сонных, позвоночных и бедренных артерий, аорты</li> <li>• Генерализованное или очаговое сужение артерий сетчатки</li> </ul>	<p>Церебро-васкулярные заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ишемический инсульт</li> <li>• Геморрагический Инсульт</li> <li>• Транзиторная ишемическая атака.</li> </ul> <p>Заболевания сердца:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфаркт миокарда</li> <li>• Стенокардия</li> <li>• Роеваскуляризация коронарных сосудов;</li> <li>• Застойная сердечная недостаточность.</li> </ul> <p>Заболевания почек</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диабетическая нефропатия</li> <li>• Почечная недостаточность (креатинин &gt; 177 мкмоль/л).</li> </ul> <p>Сосудистые заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Расслаивающаяся аневризма</li> <li>• Поражение периферических артерий с клиническими проявлениями.</li> </ul> <p>Выраженная гипертоническая ретинопатия</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Геморрагии или экссудаты;</li> <li>• Отек соска зрительного нерва.</li> </ul>

\* *Дополнительные и «новые» факторы риска (не учитываются при стратификации риска)*

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:**

- АГ, осложненная сердечной недостаточностью II, III стадии в фазе прогрессирования.

Стадия II - Заметное ограничение физической активности – в покое самочувствие обычное, однако физическая нагрузка меньше, чем привычная вызывает одышку, сердцебиение, повышенную утомляемость, слабость. На протяжении достаточно короткого периода отмечается нарастание симптоматики заболевания: одышки, цианоза, отмечается увеличение застойных явлений в легких. Возможны приступы острой левожелудочковой недостаточности.

Стадия III - неспособность переносить физическую нагрузку без одышки, сердцебиения, повышенной утомляемости, слабости. Симптомы присутствуют в покое и усиливаются при любой физической нагрузке. На протяжении достаточно короткого периода (несколько недель/дней) отмечается нарастание симптоматики заболевания: одышки, цианоза, отмечается увеличение застойных явлений в легких. Возможны приступы острой левожелудочковой недостаточности. Невозможность полной обратимости симптомов СН.

- Осложненный гипертонический криз<sup>D</sup>
- Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений и рефрактерная АГ<sup>D</sup>
- Подозрение на симптоматическую АГ, если для подтверждения диагноза необходимо проведение инвазивного вмешательства (ангиография почечных сосудов с селективным забором крови<sup>D</sup>)
- Молодые пациенты с выраженной АГ

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Измерение АД
2. Электрокардиография
3. Общий анализ крови.
4. Общий анализ мочи
5. Консультация кардиолога
6. Флюорография грудной клетки
7. Кал на яйца глист

**Критерии диагностики:**

1. подтверждение наличия АГ и установление ее стабильности (повышении АД выше 140/90 мм.рт.ст. у больных получающих регулярную гипотензивную терапию в результате как минимум трех измерений в различной обстановке)
2. исключение вторичной артериальной гипертонии

3. стратификация риска АГ (определение степени повышения АД, определение устранимых и неустранимых факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных состояний).
4. Выявление заболеваний, приводящих к развитию сердечной недостаточности на фоне АГ: перенесенный инфаркт миокарда, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий, сахарный диабет, тяжелые инфекции, пароксизмальная мерцательная аритмия и трепетание предсердий.
5. Симптомы сердечной недостаточности: одышка, сердцебиение, повышенная утомляемость, задержка жидкости в организме
6. Клинические и инструментальные проявления гипертрофии левого желудочка: смещение верхушечного толчка влево, смещение кнаружи левой границы сердца, появление IV тона, систолического шума митральной регургитации; ЭКГ-признаки (отклонение оси влево, индекс Соколова-Лайона  $Sv1+Rv5$  более 35 мм у лиц старше 40 лет, более 45 мм у лиц моложе 40 лет; Корнельского индекса  $Rav1+Sv3$  более 28 мм у мужчин, более 20 мм у женщин), ЭХОКГ-признаки – Тзслж более 1.2 см, Тмжп более 1,2 см; увеличение индекса массы миокарда ЛЖ (более 134 г/см<sup>2</sup> для мужчин, 110 г/см<sup>2</sup> у женщин); концентрическое ремоделирование ЛЖ, уменьшение трансмитрального кровотока.
7. ЭХОКГ-признаки сердечной недостаточности – укорочение миокарда в средней части левого желудочка, снижение фракции выброса меньше 40%. Рентгенологические признаки застойных явлений в легких.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. сбор анамнеза и жалоб;
2. визуальное исследование, пальпация, перкуссия, аускультация;
3. измерение частоты дыхания;
4. измерение ЧСС;
5. исследование пульса;
6. измерени АД;
7. Электрокардиография;
8. рентгенография легких, сердца и перикарда;
9. общий анализ крови;
10. биохимический анализ крови (глюкоза, белок, белковые фракции, билирубин и его фракции, креатинин, натрий, калий);
11. исследование липидного спектра;
12. общий анализ мочи;
13. измерение массы тела;

14. Эхокардиография;
15. УЗИ печени.

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. холтеровское мониторирование;
2. исследование СРБ;
3. анализ плевральной и перитониальной жидкости;
4. исследование уровня кислорода крови.

**Тактика лечения:**

1. Диета калорийная, легкоусвояемая с небольшим содержанием соли ( при ХСН 1 ФК менее 3 г в сутки, при ХСН 2-3 ФК 1,2-1,8 г /сутки, при тяжелой ХСН – 4 ФК менее 1г/сутки) и ограничением приема жидкости, но не менее 750 мл в сутки.
2. Физическая реабилитация (ходьба или велотренинг). Нагрузка строго дозирована и индивидуальна. Расчет нагрузки: 30-60 мин активных занятий при ЧСС, составляющей 75% максимальной. Применение данного метода повышает толерантность к нагрузкам, аэробную способность организма и переносимость лекарственных средств<sup>В</sup>.
3. Психологическая и социальная реабилитация.
4. Медикаментозная терапия.
  - Снижение АД
  - Разгрузка сердца: объемная – диуретики<sup>А</sup>.

Диуретики необходимо применять с ИАПФ, использовать вместе с антагонистами альдостерона, назначать ежедневно в минимальных дозах, позволяющих добиться необходимого положительного диуреза (для активной фазы лечения +800 мл).

Гидрохлортиазид. Назначается в дозах по 50-100 мг/сут утром. Максимальная доза 200 мг/сут. Препарат принимается ежедневно или через день. Возможны кратковременные перерывы (3-5 дней).

Фуросемид. Доза устанавливается индивидуально в каждом конкретном случае. В процессе лечения режим дозирования корректируется в зависимости от величины диуретического эффекта и динамики состояния больного. При приеме внутрь средняя начальная доза 40-80 мг/сут, поддерживающая 20-40 мг/сут. При необходимости быстрого улучшения самочувствия препарат вводится в/в или в/м, начальная доза 20-50 мг. При одновременном приеме с ИАПФ препараты калия не назначаются.

– Гемодинамическая – (ИАПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты альдостерона).

ИАПФ – эналаприл (нач. доза 2,5 мг с повышением до 10 мг 2 раза/сутки), периндоприл (нач. доза 2 мг 1 раз/сутки, оптимальная 4 мг/с), лизиноприл

(нач. доза 2,5 мг с повышением до 20 мг 1 раза/сутки). Обязательны для всех больных ХСН независимо от этиологии, стадии процесса и характера течения. Назначение ИАПФ больным с ХСН (при отсутствии абсолютных противопоказаний – аллергические реакции и двусторонний стеноз почечных артерий) не оправдано и ведет к сознательному увеличению риска смерти декомпенсированных пациентов.<sup>А</sup>

Блокаторы рецепторов ангиотензина II. Эпросартан - средство выбора при непереносимости пациентами ИАПФ<sup>А</sup> и при сочетании АГ с диабетической нефропатией назначается в дозе 300-600 мг/сут в зависимости от уровня АД.

Антагонисты альдостерона – спиронолактон в дозе при поддерживающей терапии 25-50 мг /сутки. При тяжелой декомпенсации и ухудшении течения ХСН 150/300 мг/сутки однократно утром, либо в два приема, но в первой половине дня<sup>В</sup>.

– Миокардиальная – бета-адреноблокаторы (метопролол)<sup>А</sup>. Применяют только дополнительно к ИАПФ. Назначают терапию с 1/8 средней терапевтической дозы (для метопролола 12,5 мг). Дозу повышают медленно (в 2 раза не чаще чем через 2 недели) до достижения оптимальных суточных доз (для метопролола до 200 мг/сутки).

Кардиотонические средства (сердечные гликозиды) при ХСН уменьшают выраженность симптоматики, заболеваемость (число госпитализаций в связи с обострением ХСН) и не влияют на прогноз.<sup>А</sup> Назначаются в малых дозах (дигоксин до 0,25 мг/сутки) при мерцательной аритмии и трепетании предсердий. При синусовом ритме назначать с осторожностью и в малых дозах.

Перечень дополнительных лекарственных средств:

– Статины - симвастатин.

Вспомогательные лекарственные средства – эффект которых и влияние на прогноз больных не доказан, но их применение диктуется определенными клиническими ситуациями.

– Периферические вазодилататоры (нитраты) не являются средствами лечения ХСН<sup>А</sup>. Назначают только при сопутствующей стенокардии, когда есть уверенность, что именно они избавляют пациента от приступов стенокардии.<sup>С</sup>

Нитроглицерин – быстродействующие формы: под язык 0,3-0,6 мг, табл. и капс., повторяют по потребности. Принимают внутрь, не разжевывая, запивая водой, лучше после еды, 1-2 табл. (капс.) 2 раза/сут. (обычно утром и в полдень), в отдельных случаях до 4 раз/сут, но не более 12 табл. в день. Может применяться в виде аэрозоли для сублингвального применения, 1-2 дозы (0,4-0,8 мг) под язык. Нитроглицерин в/в инфузионно 5-200 мкг/

мин (титруется с учетом изменения САД, которое должно быть больше 90мм.рт.ст.). Дозу повышают до получения желаемого гемодинамического эффекта или побочных проявления (головная боль, тошнота). Необходим мониторинг АД.

Изосорбида динитрат - внутрь. не разжевывая, запивая водой, лучше после еды. Кратность зависит от длительности действия: таблетки средней продолжительности действия 3-4 раза в день по 1-30 мг на прием; препараты пролонгированного действия 20 мг 2-3 раза в сутки, препараты пролонгированного действия 40 и 60 мг 2 раза в сутки, препараты пролонгированного действия 120 мг 1 раз в сутки. Аэрозоль для сублингвального приема в положении сидя 1-3 дозы (1.25-3.75 мг) п/я. Лекарственные формы для наклеивания на десну 20-40 мг 1-3 раза в сутки. В/В инфузионно 2-10 мг/ч и более (титруется с учетом изменения САД, которое должно быть больше 90мм.рт.ст.).

- Блокаторы кальциевых каналов (амлодипин) назначают дополнительно к ИАПФ при клапанной регургитации и легочной гипертензии. Начальная доза составляет 5 мг 1 раз в сутки, средняя поддерживающая доза 10 мг/сут.
- Антиаритмические средства (амиодарон) применяют при опасных для жизни желудочковых аритмиях. Внутрь :в течение 1-й недели 200 мг 3 раза в сутки, в течение 2-й недели 200 мг 2 раза в сутки, далее уменьшение дозы до поддерживающей 100-400 мг в сутки. В/В инфузия: 5-7 мкг/кг за 20-120 мин. под контролем ЭКГ и АД, при необходимости продолжение инфузии 1.2-1,8 г/сут. (Предлагается включить данный препарат в список жизненно важных препаратов как препарат выбора для купирования пароксизмальных наджелудочковых и желудочковых тахикардиях<sup>С</sup>, мерцательной аритмии<sup>А</sup>, желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков<sup>А</sup>. Высокоэффективен как средство первичной и вторичной профилактики внезапной аритмической смерти у постинфарктных больных и при ХСН<sup>А</sup>).
- Ацетилсалициловая кислота по 75-160 мг 1 раз в сутки.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Гидрохлортиазид 25 мг, табл
2. \*Фуросемид 40 мг, табл
3. \*Эналаприл 2,5 мг, 10 мг, табл
4. \*Периндоприл 4 мг, табл
5. \*Лизиноприл 2,5 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг табл
6. \*Спинолактон 25 мг, 50 мг, табл
7. \*Дигоксин 62,5 мкг, 250 мкг, табл
8. Моэксиприл 7,5 мг, 15 мг табл

### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. Эпросартан 300 мг, табл
2. \*Ацетилсалициловая кислота 100 мг, 500 мг табл
3. Симвастатин 5-80 мг, табл
4. \*Ловастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг, табл

### **Критерии перевода на следующий этап лечения (критерии эффективности лечения):**

- стабилизация АД
- улучшение самочувствия пациента
- уменьшение признаков сердечной недостаточности

### ***Литература, использованная при подготовке протоколов:***

1. Essential hypertension. Guedlines for clinical care. University of Michigan Health system. 2002.
2. Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность», Москва, 2003.
3. VHA/DOD Clinical practice guideline for diagnosis and management of hypertension in the primary care setting. 1999.
4. Prodigy guidance. Hypertension. 2003.
5. Management of hypertension in adults in primary care. National institute for clinical excellence. 2004
6. Guidelined and protocols. Detection and diagnosis of hypertension. British Columbia medical association. 2003
7. Michigan quality improvement consortium. Medical management of adults with essential hypertension. 2003
8. Артериальная гипертония. Седьмой доклад Объединенной комиссии по выявлению и лечению артериальной гипертонии при поддержке национального института патологии сердца, легких и крови.2003.
9. Европейское общество по артериальной гипертензии Европейское общество кардиологов 2003. рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. J.hypertension 2003;21:1011-53
10. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко.М.2004.
11. The 2003 Canadian Recommendations for the management of hypertension diagnosis.
12. The Seventh Report of the Joint national Committee on prevention, Detection, Evaluation and treatment of high blood pressure. 2003.
13. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов, том 7.
14. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики и диф. Диагностики, профилактики. Клиники и лечения.
15. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 6. Москва, 2005.

\* - препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

## Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты

**Код протокола:** 06-073а

**Профиль:** терапевтический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:**

1. Обеспечение ремиссии
2. Профилактика осложнений

**Длительность:** 8 дней

**Коды МКБ:**

K52 Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты

K52.2 Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит

K52.1 Токсический гастроэнтерит и колит

K52.0 Радиационный гастроэнтерит и колит

**Определение:** **Хронический энтерит** – воспалительно-дистрофическое заболевание тонкой кишки. При этой патологии наряду с дистрофическими изменениями наступают дегенеративные изменения и, что, особенно важно – атрофические изменения.

Классификация хронических заболеваний кишечника (по А.Р.Златкиной, А.В.Фролькису, 1985г.)

1. Первичные нарушения пищеварения и всасывания в кишечнике
2. Воспалительные и дистрофические заболевания кишечника
  - 2.1. Хронический неспецифический энтерит
  - 2.2. Эозинофильный гастроэнтерит
  - 2.3. Радиационный энтерит
  - 2.4. Синдром экссудативной энтеропатии
  - 2.5. Туберкулез кишечника
  - 2.6. Уиппла болезнь
  - 2.7. Хронический неспецифический язвенный колит
  - 2.8. Болезнь Крона
  - 2.9. Псевдомембранозный колит (энтероколит)
3. Заболевания кишечника при иммунодефицитных состояниях
4. Послеоперационные заболевания кишечника
5. Функциональные заболевания кишечника
6. Дивертикулез толстой кишки
7. Сосудистые заболевания кишечника
8. Диффузный полипоз толстой и прямой кишки
9. Опухоли кишечника
10. Аномалии развития кишечника

11. Аноректальные заболевания
12. Редкие заболевания кишечника

**Классификация:** хронических неспецифических энтеритов (5)

I. По этиологии:

1. Инфекционные (постинфекционные)
2. Паразитарные
3. Токсические
4. Медикаментозные
5. Алиментарные
6. Вторичные

II. По анатомо-морфологическим признакам:

1. По локализации  
Хронический еюнит  
Хронический илеит

Хронический тотальный энтерит

2. По характеру морфологических изменений тонкой кишки:  
Еюнит без атрофии  
Еюнит с умеренной парциальной ворсинчатой атрофией  
Еюнит с выраженной парциальной ворсинчатой атрофией  
Еюнит с субтотальной ворсинчатой атрофией

III. По клиническому течению

Легкое течение, средней тяжести, тяжелое течение  
Фаза обострения или ремиссии

IV. По характеру функциональных нарушений тонкой кишки

Синдром недостаточности пищеварения (малдигестия)  
Синдром недостаточности кишечного всасывания (малабсорбции)  
Синдром экссудативной энтеропатии  
Синдром многофункциональной недостаточности (энтеральная недостаточность)

V. По степени вовлечения толстой кишки

1. Без сопутствующего колита
2. С сопутствующим колитом (учитывается распространенность поражения толстой кишки, характер морфологических изменений толстой кишки)

VI. По характеру экстраинтестинальных расстройств

**Аллергический гастроэнтерит (эозинофильный гастроэнтерит)**

– хроническое заболевание, характеризующееся инфильтрацией преимущественно эозинофилами собственной пластины слизистой оболочки антрального отдела желудка, эпителия, ямочных желез с формированием эозинофильных абсцессов; характерно поражение тонкой и толстой ки-

шок, пищевода; часто сопутствует аллергическим заболеваниям, а также реакциям на пищевые продукты.

**Факторы риска:** интоксикации, радиационные облучения, наличие аллергии, применение лекарств: антибиотиков (неомицин, канамицин, тетрациклин и др.), нарушение питания, дисбактериоз, прием алкоголя. Атомический дерматит, астма, семейный анамнез atopических заболеваний.

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:** Отсутствие эффекта от амбулаторной терапии, осложнение: анемия, синдром мальабсорбции, малдигестии, тяжелое течение

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Фиброгастродуоденоскопия с биопсией
4. Анализ кала на простейшие, клостридии
5. Копрограмма
6. Кал на скрытую кровь
7. Флюорография
8. Консультация гастроэнтеролога, аллерголога (по показаниям)

**Критерии диагностики:**

Клиническая картина гастроэнтерита: хроническая диарея, боль в животе, тошнота, рвота, жидкий стул, содержащий непереваренную пищу, иногда кровь, похудание, тенезмы, схваткообразные боли в животе, при потере белка – отеки, анемия.

При обследовании: в ОАК: эозинофилия до 30-80%, в кале – скрытая кровь, кристаллы Шарко-Лейдена.

На гистологии: признаки воспалительной реакции: инфильтрация клеток и скопление эозинофилов в криптах.

На рентгенисследовании: неизменный ток кала или признаки отека слизистой.

Для диагностики пищевой аллергии используют комплекс клинических и лабораторных методов:

1. Анамнез
2. Осмотр и оценка клинических симптомов
3. Кожные прик-пробы
4. Пищевой дневник
5. Элиминационно-провокационная проба
6. Определение общего и специфических IgE антител к пищевым аллер-

генам в сыворотке крови

7. Радиоаллергосорбентный тест
8. Эзофагогастродуоденоскопию с биопсией тонкой кишки
9. Оценка проницаемости слизистой оболочки кишечника
10. Дополнительные методы (Определение триптазы и эозинофильного катионного белка, тест бласстрасформации лимфоцитов, тест выброса гистамина базофилами и тучными клетками кишечника).
11. Анализ стула (лейкоциты, эозинофилы)

Для постановки гастроинтестинальных проявлений пищевой аллергии следует учитывать следующие критерии:

1. Связь возникновения гастроинтестинальных симптомов с приемом определенных пищевых продуктов (коровье молоко, зерновые, овощи, фрукты, орехи, грибы и т.д.).
2. Положительный аллергологический анамнез
3. Исчезновение симптомов после прекращения приема аллергенных продуктов
4. Наличие светлой слизи в кале
5. Положительный эффект от приема антигистаминных препаратов
6. Высокие уровни общего и специфических IgE антител к пищевым аллергенам

Для постановки диагноза помогает эндоскопическое обследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта с биопсией проксимальных отделов тонкого кишечника.

При токсическом гастроэнтерите должна быть связь с интоксикацией.

При радиационном – клиника гастроэнтерита развивается через 10-14 дней или через 6-12 месяцев после облучения.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Исследование кала на скрытую кровь
3. Исследование кала на копрологию
4. Эзофагогастродуоденоскопия
5. Ректоскопия
6. Гистологическое исследование ткани
7. Определение общего белка
8. Определение белковых фракций

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Определение билирубина
2. Определение холестерина
3. Определение глюкозы

4. Определение АЛТ
5. Определение с-реактивного белка
6. Рентгеноскопия желудка
7. Определение железа
8. Определение АСТ
9. Колоноскопия

**Тактика лечения:**

Аллергический гастроэнтерит и колит:

1. Промывание желудка (в случае последнего приема пищи не более 3-5 часов). Голод 1-2 суток, затем гипоаллергенная диета (исключение провоцирующих аллергию пищевых продуктов)
2. Адсорбенты: смектит\* 4 г 4 раза в сутки – 10-15 дней, активированный уголь\*.
3. H1-гистаминоблокаторы: Лоратидин\* 10 мг/сутки или Цетиризин\* 10 мг/сутки. При системных проявлениях аллергической реакции – Преднизолон\* 60-120 мг в/венно.
4. Антисекреторные препараты (H2-антигистаминные средства: Ранитидин\* 300 мг/сутки или Фамотидин\* 40-80 мг/сутки; Ингибиторы протонной помпы: Омепразол\* 20-40 мг/сутки или Рабепразол \*30-60 мг/сутки ) – 10-15 дней.
5. Спазмолитики (при гипермоторной дискинезии): пинавериум бромид\* 50-100 мг 3 раза в сутки или Дротаверин\* 40 мг в/м 2-3-раза в сутки 10-15 дней.
6. Прокинетики (при гипомоторной дискинезии желудка и рефлюксе): Метоклопрамид\* или Домперидон\* 30-40 мг/сутки 10-15 дней.
7. При упорной диарее – лоперамид\* 2 тб/неделю

Токсический гастрит и колит:

1. Промывание желудка, очистительная клизма (при отсутствии противопоказаний). Диетический режим.
2. Адсорбенты: Смектит\* 4 г х4 раза в сутки – 10-15 дней, активированный уголь. \*
3. Антисекреторные препараты (H2-антигистаминные средства: Ранитидин\* 300 мг/сутки или Фамотидин\* 40-80 мг/сутки; Ингибиторы протонной помпы: Омепразол\* 20-40 мг/сутки или Рабепразол\* 30-60 мг/сутки.
4. Спазмолитики (при гипермоторной дискинезии): пинавериум бромид \*50-100 мг 3 раза в сутки или Бускопан\*10 мг 3 раза в сутки или Дротаверин\* 40 мг в/м 2-3-раза в сутки 10-15 дней.
5. Прокинетики (при гипомоторной дискинезии и рефлюксе): Метокло-

прамид\* или Домперидон\* 30-40 мг/сутки 10-15 дней.

6. Инфузионная терапия (Изотонический р-р хлорида натрия\*, 5-10% р-р Декстрозы\*) 1-2 л/сутки.
7. Пребиотики: хилак форте \*60 кап. 3 раза.
8. Дезинтоксикационная терапия: эссенциальные фосфолипиды\* 10 мл в/в, 10 дней, затем в виде капсул в течение 1-2 месяца (6).

Радиационный гастрит и колит:

1. Диетический режим.
- 2) Адсорбенты: Смектит \*4 г x4 раза в сутки – 10-15 дней, активированный уголь.\*
- 3) Антисекреторные препараты (H2-антигистаминные средства: Ранитидин\* 300 мг/сутки или Фамотидин\* 40-80 мг/сутки; Ингибиторы протонной помпы: Омепразол\* 20-40 мг/сутки или Рабепразол\* 30-60 мг/сутки.
- 4) Хилак-форте 50 кап 3 раза в сутки.
- 5) Токоферола ацетат\* 200-300 мг/сутки в течение 1-2 месяцев.
- 6) Спазмолитики (при гипермоторной дискинезии): пинавериум бромид\* 50-100 мг 3 раза в сутки или Бускопан\*10 мг 3 раза в сутки или Дротаверин\* 2,0 в/м 2-3-раза в сутки 10-15 дней.
- 7) Прокинетики (при гипомоторной дискинезии и рефлюксе): Метоклопрамид\* или Домперидон\* 30-40 мг/сутки 10-15 дней.
- 8) Инфузионная терапия (Изотонический р-р хлорида натрия\*, 5-10% р-р Декстрозы\*) 1-2 л/сутки.
- 9) Препараты кальция, электролиты, цианокобаламин \*1000 гамма, аскорбиновая кислота 5% \*мл в/в.
- 10) Противовоспалительная терапия: сульфасалазин (5-АСК)\* 250 мг /кг веса, при неэффективности – кортикостероиды\*, эссенциальные фосфолипиды\* (5,6).

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Дротаверин 40 мг, амп
2. \*Преднизолон 30 мг, амп
3. \*Домперидон 10мг, табл
4. \*Смектит 3,0 г пак, порошок д/сусп
5. \*Эссенциале, амп
6. \*Омепразол 20мг, табл
7. \*Фамотидин 40мг, табл
8. \*Пинаверия бромид 50мг, табл
9. \*Хилак форте, капли фл 100мл
10. \*Токоферола ацетат 0,2 г, капс

11. \*Лоратадин 10 мг, табл
12. \*Цетиризин 10 мг, табл
13. \*Ранитидин 300 мг, табл
14. Рабепразол 10-20 мг, табл

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. Растворы для парентерального введения.

**Критерии перевода на следующий этап:**

Купирование болевого, диспепсического синдрома, системных проявлений

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines for the evaluation of food allergy.2000.
2. <http://www.medafarm.ru/php/content.php?group=5&id=3496> Пищевая аллергия.
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М.2002.
4. Побочная реакция на пищу. Аллергическая ли это реакция? Wesley Burks, MD It's an adverse food reaction--but is it allergy? Wesley Burks. It's an adverse food reaction--but is it allergy? Contemporary Pediatrics 2002;5:71. (перевод с английского).
5. Gastrointestinal food allergy: New insights into pathophysiology and clinical perspectives. Gastroenterology. The American gastroenterological association. Volume 128, Issue 4, Pages 1089-1113 (April 2005)

\* - препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

## **ИБС, стенокардия напряжения ФК3. Постинфарктный кардиосклероз IIБ**

**Код протокола:** 05-053

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:**

1. подбор терапии;
2. улучшение общего состояния больного;
3. урежение частоты приступов;
4. повышение толерантности к физическим нагрузкам;
5. уменьшение признаков недостаточности кровообращения.

**Длительность лечения:** 12 дней

**Код МКБ10:** I20.8 Другие формы стенокардии

**Определение:**

**Стенокардия** - клинический синдром, проявляющийся чувством стеснения и болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастрий. Боль провоцируется физической нагрузкой, выходом на холод, обильным приемом пищи, эмоциональным стрессом, проходит в покое, устраняется нитроглицерином в течение нескольких секунд или минут.

**Классификация:** Классификация ИБС (ВКНЦ АМН СССР 1989)

1. Внезапная коронарная смерть
2. Стенокардия:
  - стенокардия напряжения;
  - впервые возникшая стенокардия напряжения (до 1 мес.);
  - стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса от I до IV);
  - прогрессирующая стенокардия;
  - быстро прогрессирующая стенокардия;
  - спонтанная (вазоспастическая) стенокардия.
3. Инфаркт миокарда:
  - крупноочаговый (трансмуральный);
  - мелкоочаговый;
  - первичный рецидивирующий, повторный (3.1-3.2)
4. Очаговая дистрофия миокарда:
5. Кардиосклероз:
  - постинфарктный;
  - мелкоочаговый, диффузный.
6. Аритмическая форма (с указанием типа нарушения сердечного ритма)
7. Сердечная недостаточность
8. Безболевая форма

Стенокардия напряжения

I ФК (латентная стенокардия): приступы стенокардии возникают только при физических нагрузках большой интенсивности; мощность освоенной нагрузки по данным велоэргометрической пробы (ВЭМ) 125 Вт, двойное произведение не менее 278 усл. ед; число метаболических единиц более 7.

II ФК (стенокардия легкой степени): приступы стенокардии возникают при ходьбе по ровному месту на расстояние более 500 м, особенно в холодную погоду, против ветра; подъеме по лестнице более, чем на 1 этаж; эмоциональном возбуждении. Мощность освоенной нагрузки по данным ВЭМ-пробы 75-100 Вт, двойное произведение 218-277 усл. ед, число ме-

таболических единиц 4,9-6,9. Обычная физическая активность требует небольших ограничений.

III ФК (стенокардия средней тяжести): приступы стенокардии возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстояние 100-500 м, подъеме по лестнице на 1 этаж. Могут быть редкие приступы стенокардии в покое. Мощность освоенной нагрузки по данным ВЭМ-пробы 25-50 Вт, двойное произведение 151-217 усл. ед; число метаболических единиц 2,0-3,9. Наступает выраженное ограничение обычной физической активности.

IV ФК (тяжелая форма): приступы стенокардии возникают при незначительных физических нагрузках, ходьбе по ровному месту на расстояние менее 100 м, в покое, при переходе больного в горизонтальное положение. Мощность освоенной нагрузки по данным ВЭМ-пробы менее 25 Вт, двойное произведение менее 150 усл. ед; число метаболических единиц менее 2. Нагрузочные функциональные пробы, как правило, не проводят, у больных наблюдается резко выраженное ограничение обычной физической активности.

СН - это такой патофизиологический синдром, при котором в результате того или иного заболевания ССС происходит снижение насосной функции сердца, что приводит к дисбалансу между гемодинамической потребностью организма и возможностями сердца.

**Факторы риска:** мужской пол, пожилой возраст, дислипотеинемия, артериальная гипертония, курение, избыточная масса тела, низкая физическая активность, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:**

- уменьшение эффекта от получаемой амбулаторной терапии;
- снижение толерантности к физической нагрузке;
- декомпенсация.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Консультация: кардиолог;
2. Общий анализ крови (Ег, Нв, L, лейкоформула, СОЭ, тромбоциты);
3. Общий анализ мочи;
4. Исследование кала на яйца глист;
5. Микрореакция;
6. Электрокардиограмма;
7. Флюорография.

**Критерии диагностики:**

1. ангинозные боли, одышка в покое при ходьбе на 100-500 м, подъем на 1 этаж;
2. отеки, признаки застоя;
3. ограничение физической нагрузки;
4. на ЭКГ рубцовые изменения.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови;
2. Определение глюкозы
3. Общий анализ мочи
4. Коагулограмма крови
5. Электрокардиограмма
6. Измерение артериального давления
7. Определение билирубина
8. Антропометрия
9. Определение калия/натрия
10. Определение бета-липопротеидов
11. Определение холестерина
12. Определение холестерина липопротеидов высокой плотности
13. Определение триглицеридов
14. Определение АсТ
15. Определение АлТ
16. Определение мочевины
17. Определение креатинина
18. Эхокардиография
19. Рентгенография грудной клетки в двух проекциях
20. Узи органов брюшной полости

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Суточное мониторирование по Холтеру

**Тактика лечения:** назначение антиангинальной, антиагрегантной, гиполипидемической терапии, улучшение коронарного кровотока, профилактика сердечной недостаточности.

Антиангинальная терапия:

в-блокаторы - титровать дозу препаратов под контролем чсс, АД, ЭКГ. Нитраты назначаются в начальном периоде в инфузиях и перорально, с последующим переходом только на пероральный прием нитратов. В аэрозолях и сублингвально нитраты применять по необходимости для купирования приступов ангинозных болей.

При наличии противопоказаний к назначению в-блокаторов возможно назначение антагонистов кальция. Доза подбирается индивидуально.

Антиагрегантная терапия предполагает назначение аспирина всем боль-

ным, для усиления эффекта назначается клопидогрель

С целью борьбы и предупреждения развития сердечной недостаточности необходимо назначение иАПФ. Доза подбирается с учетом гемодинамики. Гиполипидемическая терапия (статины) назначается всем больным. Доза подбирается с учетом показателей липидного спектра.

Мочегонные препараты назначают в целях борьбы и предотвращения развития застойных явлений

Сердечные гликозиды - с инотропной целью.

Антиаритмические препараты могут назначаться в случае появления нарушений ритма.

С целью улучшения метаболических процессов в миокарде может назначаться триметазидин.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Гепарин, р-р д/и 5000ЕД/мл фл
2. Фраксипарин, р-р д/и 40 - 60 мг
3. Фраксипарин, р-р, 60мг
4. \*Ацетилсалициловая кислота 100мг, табл
5. \*Ацетилсалициловая кислота 325мг, табл
6. Клопидогрель 75 мг, табл
7. \*Изосорбид динитрат 0,1% 10 мл, амп
8. \*Изосорбид динитрат 20 мг, табл
9. \*Изосорбид динитрат, аэроз доза
10. \*Нитроглицерин 0,5 мг, табл
11. \*Атенолол 50 мг, табл
12. \*Метапролол 25 мг, табл
13. Бисопролол 10 мг, табл
14. Карведилол 25 мг, табл
15. Фозиноприл 10 мг, табл
16. \*Периндоприл 4 мг, табл
17. Каптоприл 25 мг, табл
18. \*Эналаприл 10 мг, табл
19. \*Амиодарон 200 мг, табл
20. \*Фуросемид 40 мг, табл
21. \*Фуросемид амп, 40 мг
22. \*Спиринолактон 100 мг, табл
23. \*Гидролортиазид 25 мг, табл
24. Симвастатин 20 мг, табл
25. \*Дигоксин 62,5 мкг, 250 мкг, табл
26. \*Дигоксин 0,025% 1 мл, амп

27. \*Декстроза, р-р д/и 5% 400мл, фл
28. Калия хлорид, 4% 10 мл, амп
29. \*Инсулин человеческий, растворимый, биосинтетический, р-р д/и 10-0ЕД/мл пенфил1,5мл
30. \*Натрия хлорид, р-р, д/и 0,9%, пласт 500 мл, фл

Перечень дополнительных медикаментов:

1. \*Диазепам 5 мг, табл
2. \*Диазепам раствор для инъекций в ампуле 10 мг/2 мл
3. \*Цефазолин, пор, д/и, 1 г, фл
4. Фруктозо дифосфат, фл
5. Триметазидин 20 мг, табл
6. \*Амлодипин 10 мг, табл

#### **Критерии перевода на следующий этап лечения:**

Ухудшение состояние может быть связано с:

- развитием ОИМ, (переход на соответствующий протокол);
- тромбозмболическими осложнениями, что требует перевода в реанимационное отделение и соответствующий протокол терапии;
- левожелудочковой недостаточностью;
- сложным нарушением ритма сердца и проводимости, что также потребует реанимационных мероприятий и соответствующих протоколов лечения.

#### ***Литература, использованная для подготовки протоколов:***

1. Доказательная медицина - ежегодный справочник
2. Чучалин А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В., Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) Выпуск У1 2005
3. Моисеев В.С., Сумароков А.В. Болезни Сердца
4. Огороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов

\* - препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

## **Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона**

**Код:** 06-061г

**Профиль:** терапевтический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:** поддержание ремиссии и профилактика осложнений (исчезновение патологических примесей в кале, нормализация стула, купирование болей в животе, регрессия системных проявлений (снижение СОЭ,

увеличение содержания гемоглобина и т. д.)

**Длительность лечения:** 14 дней

**Код МКБ:** K50 Болезнь Крона (регионарный энтерит)  
K59.0 Болезнь Крона тонкой кишки  
K50.1 Болезнь Крона толстой кишки  
K50.8 Другие разновидности болезни Крона  
K51 Язвенный колит  
K51.0 Язвенный (хронический) энтероколит  
K51.2 Язвенный (хронический) проктит  
K51.3 Язвенный (хронический) ректосигмоидит

### **Определение:**

**Неспецифический язвенный колит (НЯК)** – хроническое воспалительное заболевание толстой кишки, характеризующееся язвенно-некротическими изменениями слизистой оболочки, которое локализуется преимущественно в ее дистальных отделах. Изменения первоначально возникают в прямой кишке, в дальнейшем распространяются последовательно в проксимальном направлении и примерно в 10% случаев захватывают всю толстую кишку.

**Болезнь Крона (БК)** – неспецифическое первично-хроническое, гранулематозное воспалительное заболевание с вовлечением в процесс всех слоев стенки кишечника, характеризующееся прерывистым (сегментарным) поражением различных отделов желудочно-кишечного тракта. Следствием трансмурального воспаления является образование свищей и абсцессов.

**Классификация** (в зависимости от локализации поражения)

Неспецифический язвенный колит:

1. По локализации: дистальный колит (проктит, проктосигмоидит), левосторонний колит (поражение до селезеночного изгиба), субтотальный колит, тотальный колит, тотальный колит с ретроградным илеитом.

2. По форме: острая (1 атака); молниеносная (фульминантное течение-лихорадка, геморрагии, левосторонний или тотальный колит с осложнениями: токсический мегаколон, перфорация); хроническая рецидивирующая; хроническая непрерывная. Хроническая форма – клинические симптомы свыше 6 мес., поражение нескольких отделов толстой кишки. А также тотальный колит, различная степень тяжести. Но преимущественно мягкое течение или чередование мягкого и тяжелого течения, прогрессирующее разрушение слизистой оболочки и фиброз)

3. По фазе: обострение, ремиссия.

4. По течению (степени тяжести):

а) легкое – стул не чаще 4 раз в сутки с незначительной примесью кро-

ви, лихорадка отсутствует, тахикардия отсутствует, анемия умеренная, СОЭ не выше 30 мм/час, осложнения и внекишечные проявления не характерны.

- б) средней тяжести – стул от 4 до 8 раз в сутки со сгустками или ярко-красной кровью, субфебрильная температура, тахикардия свыше 90 уд/мин, анемия 1-2 степени, СОЭ в пределах 30 мм/час, потеря веса до 10%, осложнения не характерны, внекишечные проявления могут быть.
- в) тяжелое – стул чаще 8 раз в сутки с кровопотерей свыше 100 мл, фебрильная температура, анемия 2-3 степени, СОЭ свыше 30 мм/час, выраженная тахикардия, потеря веса более 10%, осложнения и внекишечные проявления закономерны.

5. По активности:

- а) минимальная (эндоскопически – отек слизистой оболочки, гиперемия, грануляции, контактная кровоточивость)
- б) умеренная (эндоскопически – минимальная степень, а также эрозии, гной, кровь и слизь в просвете кишечника)
- в) резко выраженная (эндоскопически – умеренная степень, а также микроабсцессы, псевдополипы, фибринозный налет)

**Факторы риска:** наследственная предрасположенность, микобактерии, вирус кори, хламидии, грибы рода *Candida*, курение

**Поступление:** при острой и молниеносной форме экстренная госпитализация, в остальных случаях плановое поступление.

**Показания для госпитализации:**

1. впервые установленный диагноз НЯК и БК;
2. обострение заболевания (среднетяжелое и тяжелое течение, лабораторные признаки активности процесса, наличие системных проявлений);
3. наличие осложнений и риск развития активности процесса.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Общий анализ крови (СОЭ, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты)
2. Общий белок и фракции, СРБ
3. Коагуллограмма
4. Ректороманоскопия, ирригоскопия или колоноскопия
5. ЭФГДС (для выявления поражения 12-перстной кишки при БК)

**Критерии диагностики:**

**1. Критерии диагностики для БК:**

- клинические – диарея, боли в правой подвздошной области, периаанальные осложнения, лихорадка, внекишечные проявления, внутренние свищи, потеря массы веса

- лабораторные – ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, тромбоцитоз, анемия, гипопротейнемия, гипоальбуминемия, СРБ, увеличение альфа 2-глобулинов
- эндоскопические - наличие поперечных язв, афт, ограниченных участков гиперемии и отека в виде «географической карты», свищи с локализацией на любом участке желудочно-кишечного тракта
- рентгенологические – ригидность кишечной стенки и ее бахромчатые очертания, стриктуры, абсцессы, опухолеподобные конгломераты, свищевые ходы, неравномерное сужение просвета кишечника вплоть до симптома «шнурка»
- гистологические – отек и инфильтрация лимфоидными и плазматическими клетками подслизистого слоя, гиперплазия лимфоидных фолликулов и пейеровых бляшек, гранулемы. При прогрессировании заболевания нагноение, изъязвление лимфоидных фолликулов, распространение инфильтрации на все слои кишечной стенки, гиалиновое перерождение гранулем
- ультразвуковые – утолщение стенки, уменьшение эхогенности, анэхогенное утолщение стенки кишечника, сужение просвета, ослабление перистальтики, сегментарное исчезновение гаустр, абсцессы

## **2. Критерии диагностики для НЯК:**

- клинические – кровотечение из прямой кишки, учащенное опорожнение кишечника, постоянные позывы на дефекацию, стул преимущественно в ночное время, боли в животе преимущественно в левой подвздошной области, тенезмы
- лабораторные – ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, постгеморрагическая анемия, ретикулоцитоз
- эндоскопические – в соответствии с классификацией
- рентгенологические – грануляции (зернистость) слизистой, эрозии и язвы, зубчатость контуров, сморщивание
- гистологические – воспалительная инфильтрация лимфатическими и плазматическими клетками, расширение желез, опустошение бокаловидных клеток, абсцессы крипт, эрозии и язвы с подрывными краями.

### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

При проведении обследования преимущество отдадут ректороманоскопии или колоноскопии. Эти исследования позволяют выявить НЯК практически во всех случаях.

При подозрении на БК проводят контрастную рентгенографию с пассажем бариевой извести.

### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

Необходимо проведение биопсии.

**Тактика лечения:**

На амбулаторном этапе проводят лечение обострений НЯК и БК с легким течением заболевания, а также поддерживающую и противорецидивную терапию у больных, выписанных из стационара. Хотя верификация НЯК и БК основывается на эндоскопическом и контрастном рентгенологическом обследовании кишечника, следует учитывать опасность данных манипуляций у больных в острой фазе заболевания из-за вероятности перфорации кишечника. Исходя из этого, проведение ректороманоскопии, колоноскопии и ирригоскопии нежелательно у пациентов с ранее верифицированным диагнозом.

Условием успешного лечения НЯК и БК является соблюдение диетического режима. Рекомендуется вареная и приготовленная на пару протертая пища с ограничением клетчатки, жира и индивидуально непереносимых продуктов (как правило, молока).

В лечении НЯК и БК доказана эффективность 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикоидов и цитостатиков.

Базисная терапия заключается в назначении препаратов 5-аминосалициловой кислоты. Используют Месалазин в дозе 2-4 г/сутки преимущественно в таблетированной форме, или Сульфасалазин<sup>A</sup> (2-8 г/сутки, обязательно в сочетании с фолиевой кислотой, 5 мг/сутки). Предпочтение отдается Месалазину, менее токсичному и оказывающему меньшие побочные эффекты. При наличии перианальных поражений в комплекс лечебных мероприятий включают Метронидазол в дозе 1,0-1,5 г/сутки. Дополнительные препараты (антибиотики, пребиотики, ферменты и др.) назначают по показаниям. По достижении ремиссии пациенты должны получать в течение, как минимум, 2 лет поддерживающую терапию Месалазином или Сульфасалазином (2 г/сутки). При непереносимости препаратов 5-аминосалициловой кислоты используют преднизолон (10-30 мг через день). Азатиоприн в качестве поддерживающей терапии назначают пациентам, у которых ремиссия достигнута его применением (50 мг/сутки). Динамическое наблюдение по достижении ремиссии заключается в проведении эндоскопического исследования не реже одного раза в 2 года на протяжении 8 лет.

**Перечень основных медикаментов:**

Препараты 5-аминосалициловой кислоты

1. \*Месалазин 250 мг, 500 мг табл
2. \*Сульфасалазин 500 мг, табл

Глюкокортикостероиды

1. \*Метронидазол 250мг, табл

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Азатиоприн 50 мг, табл

**Критерии перевода на следующий этап:** Исчезновение патологических примесей в кале, купирование болей в животе, нормализация стула, регрессия системных проявлений.

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Гвидо Адлер. Болезнь Крона и язвенный колит. М., «Гэотар – мед», 2001.
2. Managment of ulcerative colitis. Society of Surgery of the alimentay tract. 2001.
3. American college of Radiology. Imaging recommendations for patients with Crohn,s disease. 2001.
4. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М, 2002.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## Органический психосиндром

**Код протокола:** 19-160в

**Профиль:** терапевтический (психиатрический)

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:**

В зависимости от показаний к госпитализации:

1. Купирование психопродуктивной, психопатоподобной симптоматики.  
Купирование или нивелирование другой симптоматики в зависимости от клинических проявлений, улучшение качества жизни;
2. обеспечение социальной помощи психически больным;
3. проведение различных экспертиз;
4. подбор терапии;
5. окончания сроков принудительного лечения (по решению суда).

**Длительность лечения:**

45 - 60 дней - зависит от выраженности, динамики клинических проявлений, эффективности проводимой терапии, других факторов.

Возможно изменение сроков длительности лечения в соответствии с законодательными и нормативно – правовыми актами Республики Казахстан:

- отказ от лечения (ст. 12 «Отказ от лечения», ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1) – на любом этапе лечения;
- принудительное лечение (может быть прекращено только по решению суда – сроки не ограничены);
- различные экспертные вопросы (МСЭК, судебно – психиатрическая

экспертиза – 30 дней, военная экспертиза – 30 дней, по линии общественно – консультативного экспертного совета – 30 дней);

- возможны побег.

### **Коды МКБ:**

F-01 Сосудистая деменция:

F-01.0 Сосудистая деменция с острым началом;

F-01.1 Мультиинфарктная деменция;

F-01.2 Субкортикальная сосудистая деменция;

F-01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция;

F-01.8 Другая сосудистая деменция;

F-01.9 Сосудистая деменция, неуточненная.

F-02.8 Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицируемых в других разделах.

F-03 Деменция, неуточненная.

F-04 Органический амнестический синдром (не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами).

F-05 Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами.

F-05.0 Делирий, не возникающий на фоне деменции;

F-05.1 Делирий, возникающий на фоне деменции;

F-05.8 Другой делирий;

F-05.9 Делирий, неуточненный.

F-06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие болезни:

F-06.0 Органический галлюциноз;

F-06.1 Органическое кататоническое расстройство;

F-06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство;

F-06.3 Органические (аффективные) расстройства;

F-06.4 Органическое тревожное расстройство;

F-06.5 Органические диссоциативные расстройства;

F-06.6 Органические эмоционально лабильные расстройства;

F-06.8 Другие уточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни;

F-06.9 Неуточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни.

### **Определение:**

**Органический психосиндром (психоорганический синдром, энцефалопатический синдром)** – это различные синдромы, возникающие вследствие органического поражения головного мозга. Проявления этого син-

дрома чрезвычайно разнообразны. В соответствии с МКБ-10 выделяются 2 группы по преимуществу клинических проявлений:

- расстройства когнитивных функций (память, интеллект, обучение, внимание и др.);
- расстройства восприятия, содержания мыслей, эмоций, поведения.

**Классификация:** по кодам МКБ-10

**Факторы риска:**

1. Факторы, связанные с непосредственным поражением головного мозга: эпилепсия, черепно-мозговые травмы, инфекционные заболевания (менингиты, энцефалиты), инсульты головного мозга в анамнезе.
2. Факторы, связанные с системными заболеваниями, при которых мозг поражается как одна из систем организма:
  - а) заболевания сердечно – сосудистой системы;
  - б) заболевания печени (например: печеночные энцефалопатии);
  - в) заболевания мочевыделительной системы (например: уремическая энцефалопатия);
  - г) нарушения эндокринной системы.
3. нарушения обмена электролитов, частые инфекции с лихорадочными состояниями.
4. отравление лекарствами, различными ядами, газами;
5. Атрофические, димиелинизирующие и дегенеративные процессы (болезни Пика, Альцгеймера, Паркинсона, Вильсона и др.).
6. Аутоиммунные заболевания.
7. Опухолевый процесс (мозговой и внемозговой локализации).
8. Асфиксии

**Поступление:** плановое, неотложное, недобровольное.

**Показания для госпитализации:**

1. Нуждающиеся по своему психическому состоянию в лечебно – восстановительных мероприятиях в условиях стационара – неправильное (неадекватное) поведение вследствие продуктивной симптоматики (психомоторное возбуждение, галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность, депрессивные и маниакальные состояния, суицидальные тенденции, психопатоподобные проявления, дисфории и т.д.);
2. состояния беспомощности вследствие дефицитарной симптоматики;
3. социальные показания;
4. больные направленные судебными органами в установленном порядке на принудительное лечение;
5. лица, направленные в установленном порядке на стационарную судеб-

но – психиатрическую, военную экспертизы;

6. лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, решения других экспертных вопросов;
7. необходимости подбора терапии.

Показания для недобровольной госпитализации (ст. 29 ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1):

1. непосредственная опасность для себя и окружающих;
2. беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
3. существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Показания для неотложной госпитализации (приложение № 10 к приказу Комздрава МОКиЗ РК от 13 мая 1998 года № 269):

1. психомоторное возбуждение, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность вследствие острого психотического состояния, частые дисфории;
2. систематизированные бредовые синдромы, если они определяют вероятность общественно – опасного поведения больных;
3. суицидальные тенденции;
4. маниакальные и гипоманиакальные состояния, обуславливающие нарушения общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих;
5. психопатоподобные синдромы с патологией влечений и повышенной поведенческой активностью;
6. состояния глубокого психического дефекта, обуславливающие психическую беспомощность, гигиеническую и социальную запущенность, бродяжничество.

Перечисленные выше болезненные состояния, таящие в себе опасность для самого больного и общества, могут сопровождаться внешне правильным поведением.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Консультация психиатра;
2. Флюорография легких (или рентгенография органов грудной клетки легких);
3. Микрореакция (или кровь на RW).

Необходимый объем обследований перед недобровольной и неотложной госпитализацией:

1. Осмотр психиатра, в том числе в приемном покое психиатрического

стационара.

### **Критерии диагностики:**

Наличие четкой этиологии, заключающейся в церебральных заболеваниях, черепно-мозговых травмах и других повреждениях или дисфункциях, приводящих к церебральной дисфункции и психопатологических проявлений, возникших на этом фоне, которые можно условно подразделить на две группы: 1) поражение когнитивных функций; 2) расстройства восприятия, мышления, настроения и эмоций, общего склада личности и поведения.

В данный протокол не включены расстройства возникшие на фоне приема психоактивных веществ.

### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Определение АЛТ, АСТ;
4. Определение билирубина;
5. Консультация: невропатолога;
6. Экспериментально – психологическое обследование (первичное).

### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Экспериментально – психологическое обследование (повторное);
2. Компьютерная томография головного мозга;
3. Рентген черепа;
4. Флюорография легких;
5. Микрореакция;
6. Исследование кала на диз.группу;
7. Исследование кала на я/г;
8. Электрокардиография;
9. Электронцефалография;
10. Ультразвуковая доплерография;
11. Консультация терапевта;

**Тактика лечения:** При верифицированном диагнозе органического заболевания мозга применяется этиотропное лечение: антибиотики, противовирусные, гормональные препараты, иммунотерапия и др.

Патогенетическая терапия: детоксикация, дегидратация, средства, нормализующие мозговую гемодинамику и мозговой метаболизм.

Симптоматическая терапия: противосудорожные препараты, рассасывающие, сосудистые и другие средства, психотропные препараты. Ниже приведены медикаменты с рекомендуемыми дозами (дозы могут варьировать в зависимости от состояния пациента, развития побочных эффектов, терапевтической целесообразности) и при каких состояниях они могут быть

назначены, выбор которых определяется врачом – психиатром в каждом конкретном случае:

- Пирацетам – в/в 10 – 20 мл 20% раствора в течение 10 дней, с последующим переводом на пероральные формы введения в суточной дозе 1,2 – 4,8 г. в сутки, в три приема – положительное влияние на обменные процессы и кровообращение головного мозга, увеличение энергетического потенциала в организме;
- Винпоцетин – 0,5% раствор 2 мл, вводится в/в капельно от 10 до 20 мг на 200-400мл физиологического раствора с переходом на прием внутрь по 5-10 мг 2-3раза в сутки. Возможен переход на внутривенный прием Кавинтона-форте. – оказывает сосудорасширяющее действие, усиливает кровоток, улучшает снабжение мозга кислородом, способствует утилизации кислорода;
- Циннаризин применяют внутрь после еды 0,25 x 3 раза в день – положительно влияет на мозговое и периферическое кровообращение, улучшает микроциркуляцию, повышает устойчивость тканей к гипоксии, обладает также противогистаминной активностью;
- Фуросемид - мочегонные средства применяются по схеме - (3 – 5 циклов по три дня с перерывами в 2 дня) вместе с аспаркамом;
- Вальпровая кислота от 300 мг до 1200 мг, в качестве нормотимика и противосудорожного средства;
- Карбамазепин от 300 до 900 мг в сутки в качестве нормотимика и противосудорожного препарата;
- Ламотриджин 200мг в сутки в качестве нормотимика и противосудорожного препарата
- Хлорпромазин (амп.) 2,5% раствор - 2,0 x 3р. в сут., курсом 10 дней - купирование психомоторного возбуждения (максимальная разовая 150 мг, суточная 1000 мг), с возможным последующим переводом на пероральный прием аминазина от 25 – 50 мг в сутки до достижения терапевтического эффекта (максимальная разовая доза 300 мг, суточная 1500 мг) – упорядочение поведения, купирование психомоторного возбуждения (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить по контролем артериального давления при снижении АД назначают кофеин или кордиамин;
- Левомепромазин при возбуждении начинают с парентерального введения 0,025 – 0,075 г (1-3 мл 2,5% раствора), при необходимости увеличивают суточную дозу до 0,2 – 0,25 г в сутки (иногда до 0,35 – 0,5 г) при в/м введении и до 0,75 – 0,1 г. при введении в вену. По мере терапевтического эффекта парентеральное введение постепенно заменяют на пероральное. Внутрь назначают по 0,05 – 0,1 г.(до 0,3 – 0,4г) в

сутки. Курсовое лечение начинают с суточной дозы 0,1-0,3 г. внутрь и до терапевтического эффекта. К концу стационарного лечения дозу постепенно уменьшают и назначают для поддерживающей терапии 0,025 – 0,1 г в сутки. – перорально с начальной дозы 25мг, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта (максимальная разовая доза 100мг) - общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, устранение психомоторного возбуждения, тревоги (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить по контролем артериального давления при снижении АД назначают кофеин или корdiamин;

- Клозапин назначают внутрь после еды, 2 – 3 раза в день. Начальная доза 25 мг х 2 – 3 раза в сутки, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта в среднем 200-400 мг в сутки (максимально до 600 мг) - общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, не вызывает общего сильного угнетения, как аминазин и другие алифатические фенотиазины;
- Тиоридазин начальные дозы от 50 – 100 мг в сутки с постепенным повышением до терапевтического эффекта (максимально 600 мг/сут);
- Диазепам при возбуждении, приучении судорожных пароксизмов, начальная доза 10 мг в сутки, максимальная 60 мг в сутки, дробно в 2, 3 приема;
- Галоперидол 5% - 2,0 х 3р в сутки, курсом 10 дней, с последующим переводом на пероральный прием в дозе 15 – 30 мг в сут. (возможно до 50 – 60 мг в сут.), с дальнейшим регулированием дозировок с учетом динамики оказывает избирательное антипсихотическое действие на галлюцинации, бредовые расстройства с седативным эффектом (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе), в последующем необходимо снижение до поддерживающих доз для предотвращения обострений 5 – 15 мг в сут.;
- Трифлуоперазин начальная доза 10мг в сут., с постепенным повышением до оптимального терапевтического эффекта (максимальная доза до 100-120мг) – психотропное действие характеризуется сочетанием нейролептического эффекта с умеренным стимулирующим компонентом, избирательное антипсихотическое действие широкого спектра и отчетливо адресуется к психопродуктивной симптоматике, в первую очередь к бреду, галлюцинациям, кататонической симптоматике;
- Рисперидон - оральная форма 30 мг (1 мл – 1 мг), начальная доза 2мг в сутки, средняя терапевтическая доз 4 – 6 мг не всегда требует назначений дополнительного применения корректоров (циклодола, акинетона). Воздействие на продуктивную и негативную симптоматику, а

также сопутствующие аффективные расстройства. Благодаря сбалансированному дофамино-серотониноэргическому антагонизму, позволяет достичь глубокой ресоциализации пациентов, удлинению сроков ремиссии, сокращает количество обострений и сроки стационарного лечения. Улучшение качества жизни и лучшей социальной адаптации;

- Тригексифенидил 0,002 x 2 - 3 раза в сутки, - для предупреждения нейрорепитического синдрома;

При наличии депрессивной симптоматики, назначаются антидепрессанты:

- Амитриптилин 2,0 в/м x 3 раза в день с повышением дозы до 120 мг в/м (возможно в/в введение на физ. р-ре) до 10 дней, с последующим переводом на пероральный прием в начальная доза 75-100 мг в сутки с повышением до терапевтического эффекта (максимальная доза 450 мг в сутки) – особенно эффективен при тревожно – депрессивных состояниях, уменьшает тревогу, агитацию и собственно депрессивные проявления, также обладает седативным эффектом. Его не следует назначать одновременно с ингибиторами МАО;
- Флуоксетин при динамических депрессиях начиная с 20 мг утром с повышением дозы до 60 мг. В отличие от амитриптилина и мелипрамина не вызывает затруднения при мочеиспускании, не оказывает кардиотоксического действия, удобен в применении, применяется 1 раз в сутки;
- Милнаципран – капсулы 50 мг x 2 раза в сутки, при отсутствии терапевтического эффекта возможно повышение дозы до 200 мг в сутки (100 мг x 2 раза) (рекомендуемые терапевтические дозы 50-150 мг в сут.) – оказывает сбалансированное действие на депрессивные состояния различной степени тяжести, минимизация побочных эффектов, возможность назначения у пациента с сопутствующими соматическими заболеваниями.

Всем больным необходим контроль артериального давления.

При резистентных формах могут применяться следующие приемы:

- «одномоментная отмена психотропных препаратов», «ножницы», «зигзаг».

В лечении необходимо применение различных видов и форм психотерапии:

1. групповая, которая должна включать в себя:

- поведенческая психотерапия – в целях адаптации пациента в современных условиях, развитие навыков, для облегчения ресоциализации;
- когнитивная – осознания заболевания, болезненности болезнен-

- ных переживаний, необходимости приема лечения и т.д.;
- группы общения, поддержки – улучшение качества жизни.
2. Семейная психотерапия – работа с родственниками пациентов:
- системная - необходимость обучения поведения членов семьи пациента, в соответствии с клиническими проявлениями;
  - стратегическая – возможные перспективы у пациента, как добиться наиболее благоприятных перспектив;
  - рациональная – информация про заболевание, возможные исходы и т.д.
3. Индивидуальная (как правило, рациональная).

Также при лечении органического психосиндрома в зависимости от состояния возможно применение ЛФК индивидуальной, электросна.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Диазепама 0,5% раствор – 2мл; таблетки 0,005
2. \*Пирацетам 20% - 5, 10 мл (ампулы)
3. \*Винпоцетин 0,5% - 2 мл (ампулы)
4. \*Фуроземид таблетки 0,04
5. \*Аспаркам таблетки
6. \*Карбамазепин таблетки 0,1; 0,2 мг
7. \*Ламотриджин таблетки 0,05; 0,1; 0,2
8. \*Хлорпромазин 2,5% раствор - 2 мл; драже, таблетки 0,025; 0,05
9. Левопромазин 2,5% раствор - 1 мл; таблетки 0,025
10. \*Клозапин таб. 0,025, 0,1
11. Тиоридазин таб. 0,01; 0,025; 0,1
12. \*Амитриптилин 1% раствор - 2 мл; таблетки 0,025
13. \*Имипрамин 1,25% раствор – 2 мл; таблетки 0,025
14. \*Флуоксетин капсулы 0,02
15. Милнаципран капсулы 0,025, 0,05
16. \*Вальпроевая кислота таблетки 0,3, 0,5
17. \*Галоперидол 5% раствор - 2 мл; таблетки 0,0015; 0,005
18. \*Трифлуоперазин 0,2% раствор – 1 мл; таблетки 0,001; 0,005
19. \*Рisperидон раствор для приема внутрь 30 мл (1 мл – 1мг)
20. \*Тригексифенидил табетки 0,002

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

Достижение терапевтической (медикаментозной) ремиссии, подбор поддерживающей терапии, окончание экспертных вопросов, принудительно-го лечения, решение социальных вопросов.

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. Т 1. – Москва «Медицина», 1994.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2 – е издание, 2002.
4. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.Тиганова, Т 1-2. – Москва «Медицина», 1999.
5. Общая психопатология (Руководство для врачей)/Под руководством Н.Т.Измайловой.
6. Джекобсон Дж., Джекобсон А. Секреты психиатрии. Москва – 2005

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## **Острый инфаркт миокарда, осложненный**

**Код протокола:** 05-054в

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:**

- реабилитация больного острым инфарктом миокарда с учетом осложнений;
- стабилизация состояния;
- уменьшение степени выраженности осложнений, степень активности не менее IVБ;
- инфаркт миокарда в стадии рубцевания на ЭКГ.

**Длительность лечения:** постоянно, срок нетрудоспособности 7-10 дней

**Коды МКБ I21** Острый инфаркт миокарда

**Определение:** **Инфаркт миокарда** - гибель кардиомиоцитов (некроз), обусловленная пролонгированной ишемией

**Классификация:**

Классификация инфаркта миокарда как формы ИБС (рабочая группа экспертов ВОЗ, 1979; Е.И. Чазов, 1982)

По формам заболевания:

1. Острый инфаркт миокарда:
  - определенный;
  - возможный
2. Перенесенный инфаркт миокарда:

По площади поражения:

- мелкоочаговый;

- крупноочаговый

По локализации:

- передний;
- боковой;
- задний ( нижний );
- перегородочный и т.д.

По глубине поражения:

- трансмуральный;
- интрамуральный;
- субэпикардальный, субэндокардиальный.

По периодам течения:

- продромальный период (прединфарктное состояние);
- острейший период;
- острый период;
- подострый период;
- постинфарктный период.

Атипичные формы инфаркта миокарда

- астматическая;
- гастралгическая;
- аритмическая;
- церебральная;
- бессимптомная и др.

Осложнения инфаркта миокарда:

1. Кардиогенный шок: рефлекторный, истинный, ареактивный, аритмический;
2. Острая сердечная недостаточность: левожелудочковая (сердечная астма, отек легких), правожелудочковая ;
3. Нарушение сердечного ритма и проводимости (экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, трепетание и мерцание предсердий и желудочков, атриовентрикулярный ритм, блокады сердца).
4. Тромбоэмболии (вследствие внутрисердечного тромбоза).
5. Разрыв стенки желудочка сердца, межжелудочковой перегородки, сосочковой мышцы.
6. Прочие (парез желудка и кишечника, эрозивный гастрит, панкреатит, психические расстройства, синдром Дресслера, эпистенокардический перикардит и др.).

**Факторы риска:** мужской пол, пожилой возраст, дислипотеинемия, артериальная гипертония, курение, избыточная масса тела, низкая физическая активность, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем.

**Поступление:** экстренное

**Показания для госпитализации:**

1. наличие острого коронарного синдрома;
2. наличие острого инфаркта миокарда и его осложнений.

**Критерии диагностики:**

- изменения на ЭКГ
- болевой синдром продолжительностью более 20 мин;
- нестабильность гемодинамики;
- неэффективность нитроглицерина.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Определение глюкозы
4. Определение креатинфосфокиназы (кфк)
5. Измерение артериального давления
6. Антропометрия
7. Коагулограмма крови (основные тесты)
8. Определение калия/натрия
9. Электрокардиограмма
10. Эхокардиография
11. Определение времени свертываемости капиллярной крови
12. Определение бета-липопротеидов
13. Определение холестерина
14. Определение холестерина липопротеидов высокой плотности
15. Определение триглицеридов
16. Определение АЛТ
17. Определение АСТ
18. ИФА тропонин
19. ИФА миоглобина
20. Определение билирубина
21. Определение мочевины
22. Определение креатинина
23. Проба Реберга
24. Исследование кала на скрытую кровь
25. Узи органов брюшной полости

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Суточное мониторирование по Холтеру
2. Рентгенография грудной клетки в двух проекциях

**Тактика лечения:**

- купирование болевого приступа;

- восстановление коронарного кровотока;
- ограничение зоны инфаркта и профилактика осложнений;
- физическая и психическая реабилитация.

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Морфина гидрохлорид в амп 1% 1 мл
2. \*Тримеперидин 1% 1 мл, амп
3. \*Фентанил 0,005%, амп
4. \*Дроперидол 0,25% 10 мл, фл
5. \*Стрептокиназа 1500000 ЕД, фл
6. \*Алтеплаза 50 мг, фл
7. \*Гепарин, р-р д/и 5000ЕД/мл фл
8. Фраксипарин, р-р д/и 40 - 60 мг
9. Надропарин кальций, р-р 60 мг
10. \*Ацетилсалициловая кислота 300мг, 500 мг табл
11. \*Ацетилсалициловая кислота 325мг, табл
12. Клопидогрель 75 мг, табл
13. \*Изосорбид динитрат 0,1% по 10 мл, амп
14. \*Изосорбид динитрат 20 мг, табл
15. \*Изосорбид динитрат, аэроз доза
16. \*Нитроглицерин 0,5 мг, табл
17. \*Атенолол 50 мг, табл
18. Карведилол 25 мг, табл
19. Бисопролол 5 мг, табл
20. \*Метопролол 25 мг, табл
21. Дилтиазем 90 мг, капс
22. \*Верапамил 40 мг, табл
23. \*Амлодипин 5 мг, табл
24. Каптоприл 25 мг, табл
25. Фозиноприл 10 мг, табл
26. \*Периндоприл 4 мг, табл
27. \*Эналаприл 10 мг, табл
28. Симвастатин 20 мг, табл
29. \*Фуросемид 40 мг, табл
30. \*Фуросемид, 40 мг амп
31. \*Спиронолактон 100 мг, табл
32. \*Гидрохлортиазид 25 мг, табл
33. \*Амиодарон 200 мг, табл
34. \*Амиодарон 150 мг, амп
35. \*Диклофенак 75 мг, амп
36. \*Преднизолон 30 мг, амп
37. \*Преднизолон 5 мг, табл

38. \*Диазепам 2,0 амп
39. \*Диазепам 5 мг, табл
40. \*Инсулин человеческий, растворимый, биосинтетический, р-р д/и 100 ЕД/мл
41. Калия хлорид 4% 10,0 амп
42. \*Глюкоза 5% 200 мл
43. \*Натрия хлорид, р-р д/инфуз 0.9% фл пласт 500мл

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Цефазолин 1 г пор д/и, фл
2. Триметазидин 20мг, табл
3. \*Токоферол ацетат 30 % 1 мл, амп
4. \*Атропин 0,1% 1 мл, амп
5. \*Дигоксин 25 мг, табл
6. \*Дигоксин 0,025% 1 мл, амп
7. Фруктозо-дифосфат 5мл, амп
8. Тианептин 12,5 мг, табл
9. \*Лидокаин 2%, 10 % 2 мл амп,
10. \*Допамин 5мл, амп
11. \*Аминофиллин амп, 2,4% 5 мл
12. \*Эпинефрин амп, 0,18% 1 мл

**Критерии перевода на следующий этап:**

При выписке из стационара с улучшением состояния направляется к кардиологу по месту жительства для дальнейшего наблюдения.

***Литература, использованная при подготовке протоколов:***

1. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд., «ГЕОТАР-МЕД», 2002
2. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Вып. 3, изд-во Медики Сфера, 2004
3. Clinical Evidence. The Internatuonal source of the best available evidence for effective health care. BMJ. Acute myocardial infarction. [www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com)
4. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). 2004. Available at [www.acc.org/clinical/guidelines/stemi/index.pdf](http://www.acc.org/clinical/guidelines/stemi/index.pdf). © 2004 by the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association, Inc.
5. Consilium-medicum, т. 2, №9, 2000. Инфаркт миокарда. В.В. Гордецкий.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

# Отравление лекарственными средствами

## Часть 1

**Код протокола:** 21-177e

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:**

1. прекращение воздействия токсического вещества;
2. профилактика и лечение осложнений;

**Длительность лечения:** 2 - 7 дней, в зависимости от токсических свойств поступившего в организм химического вещества, его дозы, от степени тяжести отравления, развития осложнений.

**Коды МКБ:**

T 42.4 Отравление бензодиазепинами

T 43.3 – T 43.5 Отравление нейролептиками

T 39.0 Отравление ацетилсалициловой кислотой

T 39.1 Отравление парацетамолом

T 46.1 Отравление блокаторами кальциевых каналов

T 46.2 Отравление  $\beta$ -блокаторами

**Определение: Отравление** – патологическое состояние, вследствие взаимодействия организма и ядовитого вещества, поступившего из вне.

**Классификация:**

1. острые, хронические
2. случайные, преднамеренные
3. бытовые, производственные
4. индивидуальные, групповые, массовые
5. по пути проникновения (перкутанные, пероральные, инъекционные, ингаляционные и др.)
6. по степени тяжести (легкие, средней степени, тяжёлые)

**Факторы риска:** психические и наркологические заболевания, психоэмоциональная неустойчивость, нарушение техники при обращении с химическими веществами и продуктами.

**Поступление:** экстренное

**Показания для госпитализации:** отравления средней и тяжелой степени, развитие осложнений, угрожающих жизни, суицидальные отравления, отравление без клинических проявлений к моменту поступления в зависимости от степени риска отравления.

## **Критерии диагностики:**

### **- отравление бензодиазепинами:**

Жалобы: слабость, сонливость, головную боль, шаткость походки. Данные токсикологического анамнеза. Клинические проявления: смазанная замедленная речь, атаксия, миоз в раннем периоде отравления, оглушение, потеря сознания, угнетение рефлексов. В тяжёлых случаях: угнетение дыхания, брадикардия, гипотензия с развитием шока, гипотермия, мидриаз в результате гипоксического поражения мозга.

**-отравление нейролептиками** (производные фенотиазина; производные тиоксантена; производные бутирофенона):

Жалобы: на слабость, сонливость, головокружение, вялость, тошноту, рвоту, чувство тяжести в эпигастрии.

Клинические проявления: в клинике отравления выделяют 2 типа течения интоксикации: отравление с преобладанием угнетения дыхательного центра и отравления с преобладанием сосудистого коллапса и развитием экзотоксического шока. Возможен переход первого типа во второй. Клинические проявления характеризуются вялостью, адинамией, сонливостью, нарушениями походки. Тонус мускулатуры снижен. В дальнейшем наступает длительный сон. Зрачки расширены, но может быть и миоз. Кожа и слизистые сухие. При отравлениях средней степени тяжести – угнетение нервной системы на фоне которого проявляются признаки антихолинэргического синдрома. Возможны дистонии мышц, ригидность мышц затылка с тризмом, вынужденными гримасами, спастичностью конечностей, кривошеей. Могут быть судороги типа атетоза. Со стороны ССС: на ЭКГ инверсия зубца Т, смещение ST, появление дополнительных зубцов, иногда возникает экстрасистолия, АВ блокада. Тахикардия до 120 уд. в 1 минуту, АД снижено, дыхание ослаблено, может быть одышка. Отравления тяжёлой степени характеризуются комой, нарушениями дыхания, кожа бледная, цианотичная, холодный липкий пот, реакция зрачков на свет исчезает, сердечная деятельность ослабевает, АД падает, пульс учащён, слабого наполнения. Часто возникают судороги клонического и тонического характера. Смерть в результате паралича дыхательного центра и острой сердечной недостаточности. При тяжёлых отравлениях характерно развитие отёка лёгких и реже отёка мозга. Среди осложнений отмечают нефропатию, паралич мускулатуры мочевого пузыря, динамическую кишечную непроходимость, рабдомиолиз, токсическую гепатопатию, вторичная инфекция со стороны лёгких.

### **- ацетилсалициловой кислотой:**

Жалобы: рвота, иногда кофейной гущей, одышка, потливость, шум в ушах,

беспокойство, вялость.

Клинические проявления: нарушения КОС организма: в начале компенсаторный дыхательный алкалоз, по мере истощения компенсаторных возможностей – метаболический ацидоз.

Клиническая картина отравления протекает в две фазы. 1-я: не менее 6 часов после приёма – головная боль, шум в ушах, тахикардия, одышка более 50 в мин., тошнота, рвота, психомоторное возбуждение. 2-я фаза: спустя 12 часов - сопор, кома, выраженная одышка, гипертермия, гиповолемия, судороги, нарушение функции кишечника, нарушение гемокоагуляции, возможны желудочно-кишечные кровотечения, некардиогенный отёк легких, коллапс.

**- парацетамолом**

Жалобы: боль в животе, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, слабость, сонливость.

Клинические проявления: в клинике отравления парацетамолом встречаются три последовательные стадии. В I стадии неспецифические симптомы могут наблюдаться в течение 14 часов после приема и продолжаться до суток и более. Как правило, преобладают желудочно-кишечные расстройства, отсутствуют выраженные признаки угнетения ЦНС. Признаков поражения печени нет, уровень аминотрансфераз находится в пределах нормы. Во II стадии их уровень повышается, кроме этого может выявляться повышение билирубина и удлинение протромбинового времени. Если через 2 суток показатели функции печени находятся в пределах нормы, как правило, не следует ожидать значительного повреждения печени. В III стадии, максимально проявляющейся на 3-и - 5-е сутки, характерно повышение уровня ЛДГ, АЛТ, билирубина. Протромбиновое время удлиняется, что может сопровождаться кровотечениями; возможно повреждение миокарда и почек, однако их выраженность значительно меньше, чем печени. В тяжёлых случаях развиваются симптомы некротического поражения печени: желтушность, гипогликемия, нарушение свёртываемости крови, энцефалопатия.

**- отравление блокаторами кальциевых каналов:**

Жалобы: тошнота, рвота, головокружение, замедление сердцебиения, общая слабость.

Клинические проявления: Легкая степень: Сознание сохранено, на ЭКГ - умеренная брадикардия (60-50 в минуту), замедление АВ проводимости до 0,20-0,22 сек, неполная блокада ножек пучка Гиса (0,09-0,11 сек), слабость, АД в пределах нормы. Средняя степень: Общая слабость,

на ЭКГ-АВ-или синоатриальная блокада 1-2 степени, в 30% возможно развитие полной блокады ножек пучка Гиса. Бледность кожных покровов, АД 110/60 мм рт.ст. Ритм 55-40 в мин. Тяжелая степень отравления. Резко выраженная брадикардия (менее 40 в 1 минуту), бледность, мраморность кожных покровов; АД 90/60-70/40 мм.рт.ст., пульс слабого наполнения, редкий, тоны сердца глухие. На ЭКГ-АВ или синоатриальная блокада 2-3 степени с резким расширением комплекса QRS до 0,16-0,18 сек. Эта степень в 38% дает острую контрактильную недостаточность сердца и его внезапную остановку в первые 3-12 часов с момента приема препарата.

#### **- *β-Адреноблокаторами***

Клинические проявления: После приема токсичной дозы следует ожидать нарушения частоты и ритма сердечных сокращений (брадикардический тип, иногда вплоть до тотального блока), проявления недостаточности миокарда, а также, в зависимости от дозы и исходного состояния организма, снижение (или подъем) АД, что приводит к кардиогенному шоку или отеку легких. Возникает бронхоспазм, проявляющийся диспноэ, цианозом; развивается ацидоз, гипогликемии. Возможны усталость, головная боль, тошнота, понос, сухость во рту, в исключительных случаях - депрессия, галлюцинации, возбуждение, судороги, расстройства зрения. Степень тяжести клинического течения отравлений бета АБ преимущественно связана со степенью выраженности первичного специфического кардиотоксического эффекта (ПКЭ). Легкая степень отравления: Сознание полностью сохранено. В отдельных случаях отмечается тошнота, рвота, умеренная брадикардия 50 - 55 в минуту. АД в пределах нормы. На ЭКГ: синусовая брадикардия; в отдельных случаях АВ - блокада 1-ой степени с уширением сегмента PQ до 0,22 - 0,26 сек. Отравления средней тяжести: Отмечается более выраженная брадикардия (пульс до 40 минуту), сопровождающаяся умеренными признаками клинического синдрома малого выброса сердца; редкий мягкий пульс, бледность кожных покровов, некоторая заторможенность. АД умеренно снижено до 100/60 - 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ: синусовая брадикардия 45 - 55 сокращений в минуту, нарушение проводимости в синоатриальной зоне сердца, возможно замедление внутри желудочковой проводимости в виде неполной или полной блокады ножек пучка Гиса (QRS до 0,12 сек), небольшие метаболические изменения миокарда по типу гипокалиемии, что соответствует умеренному снижению концентрации калия в крови. Изменения центральной гемодинамики: нормальный или несколько сниженный УОК, снижение МОК за счет брадикардии, компенсаторное повышение ОПСС. Сократительная функция сердца (СФС) снижена на

20 - 30%. Тяжелая степень отравления: Тяжесть клинического течения обусловлена развитием острой контрактильной недостаточности сердца и кардиогенного шока. На ЭКГ: выраженный ПКЭ угрожающей формы: полная блокада одной из ножек пучка Гиса с уширением комплекса QRS свыше 0,12 сек и его деформацией. Синусовая брадикардия менее 40 сокращений сердца в минуту. Возможно также развитие СА - и АВ - блокады 2-ой степени 2-ого типа с длительными периодами асистолии (1:3 - 1:4) с переходом в редкий узловой ритм. Указанные формы нарушений могут вызвать внезапную асистолию. Клинически наблюдаются выраженные симптомы кардиогенного шока: редкий пульс слабого наполнения, бледность (мраморность) кожных покровов, мидриаз, периодичная спутанность сознания, низкое АД. Показатели центральной гемодинамики при этом свидетельствуют о снижении сердечного выброса и повышении ОПСС в 2,5 - 3,5 раза от должного, СФС снижена на 50 - 70% . Нарушения гомеостаза соответствуют шоковой реакции - гипокалиемия, ацидоз, снижение показателей кислородного градиента в крови.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Тест на содержание токсического вещества в моче
2. Общий анализ крови (6 параметров)
3. Определение концентрации токсического вещества в крови
4. Общий анализ мочи
5. Определение калия/натрия
6. Определение кальция
7. Определение хлоридов
8. Определение остаточного азота
9. Определение креатинина
10. Определение общего белка
11. Определение АЛТ
12. Определение билирубина
13. Микрореакция
14. Электрокардиограмма
15. Кардиомониторирование
16. Исследование кислотно-основного состояния
17. Определение АСТ
18. Кал на яйца гельминтов
19. Коагулограмма
20. Газы крови
21. Эзофагогастродуоденоскопия
22. УЗИ печени, поджелудочной железы, почек

## 23. Консультация психиатра

### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Определение глюкозы
2. Определение диастазы
3. Тест на содержание алкоголя в моче (по Карандаеву)
4. Консультация невропатолога

### **Тактика лечения:**

- 1) Стабилизация функций жизненно важных органов дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем.
- 2) Детоксикационная терапия:
  - а) очищение желудка путем стимуляции рвоты (если нет противопоказаний) или промывания через зонд;
  - б) очищение кишечника: макрогол 4000 3-4 л. или очистительная клизма неостигмин 0,05% 1,0 внутримышечно.
  - в) активированный уголь перорально 1г/кг массы тела;
  - г) гемодилюция (инфузионная терапия): раствор натрия хлорида 0,9%, натрия гидрокарбоната 4%, декстран, натрия лактата, раствор натрия ацетата, раствор декстрозы 5% до 3 литров/сутки, при необходимости форсированный диурез до 6-7 л/сут;
  - д) антидотные средства (в зависимости от токсического агента);
  - е) при тяжёлых отравлениях, по показаниям – детоксикационная гемосорбция, гемодиализ, плазмоферез.

При отравлении  $\beta$ -адреноблокаторами назначают глюкагон (начальная доза 4-10 мг внутривенно) обладает положительным инотропным действием.

При отравлении нифедипином, верапамилом, дилтиаземом – введение высоких доз препаратов кальция внутривенно (глюконат кальция 2-3 г) и адреномиметиков. Лаваж кишечника показан, если отравление произошло препаратом пролонгированного действия.

Антидот при отравлении бензодиазепинами – флумазенил. Вводят 0,3 мг внутривенно в течение 15 с. Можно повторять введение препарата каждую минуту до общей дозы 2 г. Флумазенил оказывает кратковременное действие.

При отравлении парацетамолом ацетилцистеин 140мг/кг per os или в/в 20% раствор ацетилцистеина 150мг/кг на 5% растворе декстрозы, затем по 70 мг/кг каждые 4 часа в течение 3 суток. Для профилактики развития токсической гепатопатии назначают гепатопротекторы.

- 3) Симптоматическая терапия направлена на купирование симптомов токсического поражения органов и систем (дыхательной, сердечно-со-

судистой, нервной систем, желудочно-кишечного тракта), нормализация кислотно-щелочного и водно-электролитного баланса.

а) При отравлении ацетилсалициловой кислотой назначают H<sub>2</sub>-блокаторы (ранитидин, омепразол), антациды (смектит).

б) При развитии ДВС-синдрома, в зависимости от стадии, антиагреганта, антикоагулянты. Препараты крови: свежезамороженная плазма криопреципитат.

в) При психомоторном возбуждении – седативные препараты (диазепам 5-10 мг в/в, ГОМК).

При суицидальных отравлениях показана консультация психиатра.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Активированный уголь 250мг, табл
2. \*Макрогол 4000, пор д/оралн р-ра 74г пак
3. \*Натрия гидрокарбонат 10 г, пор пак
4. \*Натрия ацетат, натрия хлорид, р-р д/ в/в инфузии 500мл
5. \*Декстроза, р-р д/л в/в 5% 500мл, фл
6. \*Калия хлорид 4%, 7,5%, пор д/инфузии
7. \*Магния сульфат 25% 20мл, амп
8. \*Пиридоксин 1мл, амп
9. \*Адеметионин 400мг, табл, пор д/и р-ра 400мг
10. \*Пирацетам 20% 5мл, амп
11. \*Натрия тиосульфат 10мл, амп
12. \*Диазепам 10мг, амп
13. \*Фуросемид 20мг 2мл, амп
14. \*Метоклопрамид 2мл, амп
15. \*Токоферола ацетат 1мл, амп
16. \*Дефероксамин, пор д/и 500мг
17. \*Кальция глюконат 10 мл, амп
18. \*Аскорбиновая кислота 2 мл, амп
19. \*Глюкагон порошок лиофилизированный во флаконе в комплекте с растворителем 1 мг
20. \*Ацетилцистеин 2% 2мл, амп

#### **Перечень дополнительных медикаментов**

1. \*Преднизолон 30 мг, амп
2. \*Эпинефрин 1 мл, амп
3. \*Атропин 1 мл, амп
4. \*Допамин 5 мл, амп
5. \*Инсулин растворимый, р-рд/и 100МЕ/мл
6. \*Гепарин, р-р д/и 5000ЕД/мл 10 мл, фл

7. \*Натрия оксibuтират 20% 10 мл, амп
8. \* Декстран, р-р д/и 400 мл, фл
9. \*Маннитол, р-р д/и в/в 500 мл, фл
10. \*Цефтриаксон 1 г, фл
11. \*Флумазенил, р-р д/и
12. \*Неостигмин 1мл, амп
13. \*Ранитидин 20 мг, 40 мг табл
14. \*Омепразол 20 мг, 40 мг табл
15. Изадрин 5мг. табл., амп.
16. \*Смектит порошок для приготовления суспензии для приема внутрь
17. Препараты крови: свежезамороженная плазма, криопреципитат.
18. Кальция хлорид 10%-5мл.амп.
19. Декстран 400 мл фл.

**Критерии перевода на следующий этап:** полное купирование симптомов острой интоксикации и осложнений угрожающих жизни.

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. PRODIGY Guidance - Poisoning [www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Poisoning](http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Poisoning)
2. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2-е издание, 2002 г.
3. Е.А. Лужников « Клиническая токсикология» 1999г
4. И. В. Маркова, В. В. Афанасьев « Клиническая токсикология детей и подростков» 1999г
5. Б. А. Курляндский, В. А. Филатов « Общая токсикология»2002
6. Е. А. Лужников «Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов» 2001г
7. Байзолданов Т., Ш. Т. Байзолданова «Руководство по токсикологической химии ядовитых веществ изолируемых методом экскреции» 2003г.

**Примечание:**

\* - препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

## **Параноидная шизофрения**

**Код протокола:** 19-162a

**Профиль:** терапевтический (психиатрический)

**Этап:** стационар

**Цель этапа:**

В зависимости от показаний к госпитализации:

1. Купирование психопродуктивной симптоматики и нивелирование негативной симптоматики, улучшение качества жизни;

2. обеспечение социальной помощи психически больным;
3. проведение различных экспертиз;
4. подбор терапии;
5. окончания сроков принудительного лечения (по решению суда).

**Длительность лечения:**

35 – 90 дней – зависит от резистентности состояния, социальных факторов.

Возможно, изменение сроков длительности лечения в соответствии с законодательными и нормативно – правовыми актами Республики Казахстан:

- отказ от лечения (ст. 12 «Отказ от лечения», ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1) – на любом этапе лечения;
- принудительное лечение (может быть прекращено только по решению суда – сроки не ограничены);
- различные экспертные вопросы (МСЭК – 4 месяца, судебно – психиатрическая экспертиза - 30 дней, военная экспертиза – 30 дней, по линии общественно – консультативного экспертного совета – 30 дней);
- возможны побег.

**Коды МКБ:**

F – 20.0 Параноидная шизофрения

F – 20.00 Параноидная шизофрения, непрерывное течение

F – 20.01 Параноидная шизофрения, эпизодическая с нарастающим дефектом

F – 20.02 Параноидная шизофрения, эпизодическая со стабильным эффектом

F – 20.03 Параноидная шизофрения, эпизодическая ремитирующая.

**Определение: Шизофрения** – эндогенное прогрессивное психическое заболевание, характеризующееся диссоциацией психических функций и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (бред, галлюцинации, аффективные расстройства, кататонические симптомы и др.).

**Параноидная шизофрения** – заболевание, характеризующееся преобладанием в клинической картине относительно стабильного, часто параноидного, бреда, обычно сопровождающегося галлюцинациями, особенно слуховыми, реже вкусовыми и обонятельными, расстройствами восприятия. Расстройство эмоциональной сферы, волевые и речевые нарушения, кататонические симптомы слабо выражены. Параноидная шизофрения наблюдается в рамках эпизодической, хронической и непрерывной шизофрении, течение заболевания не означает неизбежное хроническое развитие или нарастающий дефект.

**Классификация:** по кодам МКБ-10

**Факторы риска:**

В настоящее время причины этого заболевания полностью еще не изучены. Тем не менее, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что в развитии и течении шизофрении имеют роль:

- 1) генетические факторы;
- 2) нейрохимические факторы (например, нейромедиаторы (дофамин));
- 3) психосоциальные факторы;
- 4) структурные изменения мозга (изменения в лобной, височной областях, в гиппокампе, желудочках мозга);
- 5) эндокринные изменения (тиреоидная, пролактиновая системы);
- 6) иммунные нарушения (Ig A, Ig G, Ig M).

**Поступление:** плановое, неотложное, недобровольное.

**Показания для госпитализации:**

1. Нуждающиеся по своему психическому состоянию в лечебно – восстановительных мероприятиях в условиях стационара – неправильное (неадекватное поведение) вследствие продуктивной симптоматики (психомоторное возбуждение, галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность, депрессивные и маниакальные состояния, суицидальные тенденции, психопатоподобные проявления и т.д.);
2. социальные показания;
3. больные направленные судебными органами в установленном порядке на принудительное лечение;
4. лица, направленные в установленном порядке на стационарную судебно – психиатрическую, военную экспертизы;
5. лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, решения других экспертных вопросов;
6. необходимости подбора терапии.

Показания для недобровольной госпитализации (ст. 29 ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1):

1. непосредственная опасность для себя и окружающих;
2. беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
3. существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Показания для неотложной госпитализации (приложение № 10 к приказу Комздрава МОКиЗ РК от 13 мая 1998 года № 269):

1. психомоторное возбуждение, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность вследствие острого психотического состояния;
2. систематизированные бредовые синдромы, если они определяют вероятность общественно – опасного поведения больных;
3. суицидальные тенденции;
4. маниакальные и гипоманиакальные состояния, обуславливающие нарушения общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих;
5. психопатоподобные синдромы с патологией влечений и повышенной поведенческой активностью;
6. состояния глубокого психического дефекта, обуславливающие психическую беспомощность, гигиеническую и социальную запущенность, бродяжничество.

Перечисленные выше болезненные состояния, таящие в себе опасность для самого больного и общества, могут сопровождаться внешне правильным поведением.

#### **Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Консультация психиатра;
2. Флюорография легких (или рентгенография органов грудной клетки легких);
3. Микрореакция (или кровь на RW).

Необходимый объем обследований перед недобровольной и неотложной госпитализацией:

1. Осмотр психиатра, в том числе в приемном покое психиатрического стационара.

#### **Критерии диагностики:**

1. Психиатрическая история болезни включает:
  - 1) историю настоящего заболевания;
  - 2) прошлую психиатрическую историю (анамнез объективный и субъективный);
  - 3) психосоциальную и семейную историю.
2. Обследование пациента включает:
  - 1) обследование соматического и неврологического статуса;
  - 2) лабораторные, инструментальные и другие исследования;
  - 3) экспериментально-психологическое обследование (включая стандартизированные методы).
3. Важными этапами психиатрической диагностики являются:
  - 1) дифференциальная диагностика;
  - 2) постановка многоосевого диагноза (с использованием других рубрик МКБ-10).

### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Определение АЛТ, АСТ;
4. Определение билирубина;
5. Экспериментально – психологическое обследование (первичное);

### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Электрокардиография (после 40 лет и по показаниям);
2. Кровь на сахар (после 40 лет);
3. Экспериментально – психологическое обследование (повторное);
4. Электроэнцефалография;
5. Компьютерная томография головного мозга;
6. Флюорография легких (1 раз в год);
7. Микрореакция;
8. Исследование кала на диз.группу;
9. Консультация: терапевта (по показаниям);
10. Консультация: невропатолога;
11. Исследование кала на я/г;

### **Тактика лечения:**

Этап купирующей терапии начинается с момента начала приступа и заканчивается установлением клинической ремиссии, то есть продолжается до существенной или полной редукции психоза. При манифестации шизофрении или при очередном обострении (приступе) первоочередная задача сводится к купированию острой психотической симптоматики.

Лечение проводится с учетом:

- 1) психопатологической структуры приступа (обострения), которая определяет выбор психотропных средств;
- 2) особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдрома в процессе лечения, с чем может быть связана замена или присоединение других препаратов, а также замена или присоединение других методов лечения.

Выбор конкретного препарат осуществляют с учетом спектра психотропной активности нейролептика и характера возникающих побочных эффектов, а также противопоказаний к применению и возможных лекарственных взаимодействий. Режим дозирования, средние и максимально допустимые суточные дозы, возможный путь введения конкретного нейролептика определяют характером и выраженностью имеющейся психопатологической симптоматики, соматическим состоянием и возрастом больного.

Ниже приведены медикаменты с рекомендуемыми дозами и при каких состояниях они могут быть назначены, выбор которых определяется врачом – психиатром в каждом конкретном случае:

- Хлорпромазин (амп.) 2,5% раствор - 2,0 x 2-3р. в сут., курсом 5-10 дней - купирование психомоторного возбуждения (максимальная разовая 150 мг, суточная 1000 мг), с возможным последующим переводом на пероральный прием аминазина от 25 – 50 мг в сутки до достижения терапевтического эффекта (максимальная разовая доза 300 мг, суточная 1500 мг) – упорядочение поведения, с учетом общего антипсихотического воздействия (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить под контролем артериального давления при снижении АД назначают кофеин или кордиамин;

- Левомепромазин при возбуждении начинают с парентерального введения 0,025 – 0,075 г (1-3 мл 2,5% раствора), при необходимости увеличивают суточную дозу до 0,2 – 0,25 г в сутки (иногда до 0,35 – 0,5 г) при в/м введении и до 0,75 – 0,1 г при введении в вену. По мере терапевтического эффекта парентеральное введение постепенно заменяют на пероральное. Внутрь назначают по 0,05 – 0,1 г (до 0,3 – 0,4г) в сутки. Курсовое лечение начинают с суточной дозы 0, - 0,36 г. внутрь и до терапевтического эффекта. К концу стационарного лечения дозу постепенно уменьшают и назначают для поддерживающей терапии 0,025 – 0,1 г в сутки. – перорально с начальной дозы 25мг, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта (максимальная разовая доза 100мг) - общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, устранение психомоторного возбуждения, тревоги (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить под контролем артериального давления при снижении АД назначают кофеин или кордиамин;

- Клозапин назначают внутрь после еды, 2 – 3 раза в день. Начальная доза 25мг x 2 – 3 раза в сутки, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта в среднем 200-400 мг в сутки (максимально до 600 мг) - общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, не вызывает общего сильного угнетения, как аминазин и другие алифатические фенотиазины;

- Вальпроевая кислота 300 мг до 1200 мг, в качестве нормотимика.

- Карбамазепин 400-600 мг в сутки (максимальная суточная доза 1200 мг), в качестве нормотимика и корректора поведения.

- Галоперидол 0,5% - 2,0 x 3р в сутки, курсом 10 дней, с последующим переводом на пероральный прием в дозе 15 – 30 мг в сут. (возможно до 50 – 60 мг в сут.), с дальнейшим регулированием дозировок с учетом динами-

ки оказывает избирательное антипсихотическое действие на галлюцинации, бредовые расстройства с седативным эффектом (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе), в последующем необходимо снижение до поддерживающих доз для предотвращения обострений 5 – 15 мг в сут.;

- Трифлуоперазин начальная доза 5-10мг в сут., с постепенным повышением до оптимального терапевтического эффекта (максимальная доза до 100-120мг) – психотропное действие характеризуется сочетанием нейролептического эффекта с умеренным стимулирующим компонентом, избирательное антипсихотическое действие широкого спектра и отчетливо адресуется к психопродуктивной симптоматике, в первую очередь к бреду, галлюцинациям и психическим автоматизмам.

- Рисперидон - оральный раствор 30 мл (1 мл – 1 мг), начальная доза 2мг в сутки, средняя терапевтическая доз 4 – 6 мг не всегда требует назначений дополнительного применения корректоров. Воздействие на продуктивную и негативную симптоматику, а также сопутствующие аффективные расстройства. Благодаря сбалансированному дофамино-серотониноэргическому антагонизму, позволяет достичь глубокой ресоциализации пациентов, удлинению сроков ремиссии, сокращает количество обострений и сроки стационарного лечения. Улучшение качества жизни и лучшей социальной адаптации;

- Оланзапин – начальная доза 5 - 10мг 1 раз в сут., терапевтические дозы колеблются от 5 мг до 20мг в сутки в зависимости от клинического состояния больного. Воздействие на продуктивную и негативную симптоматику, а также сопутствующие аффективные расстройства. С учетом воздействия на негативную симптоматику способствует меньшему развитию дефекта и лучшей социальной адаптации. Не всегда требует назначения корректоров, возможно назначение раствора оланзапина 10 мг. 1 р. в/м;

При сочетании параноидной симптоматики с депрессивным аффектом, назначаются антидепрессанты:

- Амитриптилин 2,0 в/м х 3раза в день с повышением дозы до 120мг в/м (возможно в/в введение на физ. р-ре) до 10 дней, с последующим переводом на пероральный прием в начальная доза 75-100мг в сутки с повышением до терапевтического эффекта (максимальная доза 300 мг в сутки) – особенно эффективен при тревожно – депрессивных состояниях, уменьшает тревогу, агитацию и собственно депрессивные проявления, также обладает седативным эффектом. Его не следует назначать одновременно с ингибиторами МАО;

- Имипрамин - назначают 2,0 в/м х 2р. в день с повышением дозы (до 400

мг), возможно в/в введение до 250 мг на физ. р-ре, перорально назначаются в дозе от 100 до 500 мг в 2 приема – применяют при депрессивных состояниях сопровождающихся моторной и идеаторной заторможенностью (адинамическим, апатическим компонентом);

- Флуоксетин при адинамических депрессиях начиная с 20мг утром с повышением дозы до 60мг. В отличие от амитриптилина и мелипрамина не вызывает затруднения при мочеиспускании, не оказывает кардиотоксического действия, удобен в применении, применяется 1 раз в сутки;

- Милнаципран – капсулы 50 мг x 2 раза в сутки, при отсутствии терапевтического эффекта возможно повышение дозы до 200 мг в сутки (100 мг x 2 раза) (рекомендуемые терапевтические дозы 50-150 мг в сут.) – оказывает сбалансированное действие на депрессивные состояния различной степени тяжести, минимизация побочных эффектов, возможность назначения у пациента с сопутствующими соматическими заболеваниями;

- При переходе на поддерживающее лечение возможен переход на пролонг Рисперидон 25 мг (37,5 мг, 50 мг) в/м 1 раз в 2 недели – антипсихотическое действие, удобный режим приема, предотвращение обострений, минимальность побочных эффектов;

- Флуфеназин (модитен-депо) 25мг (1,0мл) в/м 1 раз в месяц при переводе на поддерживающее лечение – антипсихотическое действие, влияние на психопродуктивную симптоматику;

- Тригексифенидил (циклодол) 0,002 x 2 - 3 раза в сутки, - для предупреждения нейролептического синдрома;

Всем больным необходим контроль артериального давления.

При резистентных формах могут применяться следующие приемы:

- «одномоментная отмена психотропных препаратов», «ножницы», «зигзаг»;

- электросудорожная терапия;

- коматозная (инсулиновая) терапия;

- плазмаферез;

- лазеротерапия.

Выбор конкретной противорезистентной методики проводят с учетом клинических особенностей состояния, а также данных о реагировании пациента на тот или иной метод лечения в прошлом.

При отсутствии эффекта в течение 3-6 недель терапии следует проверить, действительно ли больной принимает таблетки (возможен переход к парентеральному введению), или перейти к применению другого нейролептика, отличающегося по химической структуре.

В лечении необходимо применение различных видов и форм психотерапии:

1. групповая, которая должна включать в себя:

- поведенческая психотерапия – в целях адаптации пациента в современных условиях, развитие навыков, для облегчения ресоциализации;
- когнитивная – осознания заболевания, болезненности болезненных переживаний, необходимости приема лечения и т.д.;
- группы общения, поддержки – улучшение качества жизни.

2. Семейная психотерапия – работа с родственниками пациентов:

- системная - необходимость обучения поведения членов семьи пациента, в соответствии с клиническими проявлениями;
- стратегическая – возможные перспективы у пациента, как добиться наиболее благоприятных перспектив;
- рациональная – информация про заболевание, возможные исходы и т.д.

3. Индивидуальная (как правило, рациональная).

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Хлорпромазин 2,5% раствор 2 мл; драже, таблетки 0,025; 0,05
2. Левопромазин 2,5% раствор 1 мл; таблетки 0,025
3. \*Клозапин таб. 0,025, 0,1
4. \*Амитриптилин 1% раствор 2 мл; таблетки 0,025
5. \*Имипрамин 1,25% раствор 2 мл; таблетки 0,025
6. \*Флуоксетин капсулы 0,02
7. \*Вальпроевая кислота таблетки 0,3, 0,5
8. \*Карбамазепин таблетки и драже 0,1;0,2
9. \*Галоперидол 0,5% раствор 2 мл; таблетки 0,0015; 0,005 мг
10. \*Трифлуоперазин 0,2% раствор 1 мл; таблетки 0,001; 0,005
11. \*Рисперидон для приема внутрь 30 мл (1 мл – 1мг)
12. \*Оланзапин таблетки 0,01
13. \*Рисперидон 25 мг (порошок для приготовления суспензии)
14. \*Тригксифенидил таблетки 0,002
15. Милнаципран капсулы 0,025, 0,05

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. Оланзапин 1% - 1 мл (ампулы)
2. Флуфеназин деканоат\* 2,5% - мл (ампулы)

#### **Критерии перевода на следующий этап:**

Достижение терапевтической (медикаментозной) ремиссии, подбор поддерживающей терапии, окончание экспертных вопросов, принудительного лечения, решение социальных вопросов.

### *Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Г.Я.Авруцкий, А.А.Недува Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
2. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежного. – Москва «Медицина», 1985.
3. Руководство по психиатрии/Под редакцией Г.В.Морозова, Т 1. – Москва «Медицина», 1988.
4. Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. Т 1. – Москва «Медицина», 1994.
5. В.М.Блейхер, И.В.Крук. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
7. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2 – е издание, 2002.
8. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition American Psychiatric Association, 2004.
9. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. М.2000, стр. 52.
10. Джэкобсон Дж., Джэкобсон А. Секреты психиатрии (на англ.яз.) Р.58
11. J.L.Cutler. E.R.Marcus Psychiatry. P.3.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## **Постшизофреническая депрессия**

**Код протокола:** 19-1626

**Профиль:** терапевтический (психиатрический)

**Этап:** стационар

**Цель этапа:**

В зависимости от показаний к госпитализации:

1. купирование депрессивной симптоматики и сопровождающих их клинических проявлений;
2. обеспечение социальной помощи психически больным;
3. проведение различных экспертиз;
4. подбор терапии;
5. окончания сроков принудительного лечения (по решению суда).

**Длительность лечения:** от 40 до 60 дней;

Зависит от резистентности состояния, социальных факторов.

Возможны изменения сроков длительности лечения в соответствии с за-

- конодательными и нормативно-правовым актами Республики Казахстан:
- отказ от лечения (ст.12 «Отказ от лечения, ЗРК от 16/04.1997г №96-1) – на любом этапе лечения;
- принудительное лечение (может быть прекращено только по решению суда – сроки не ограничены);
- различные экспертные вопросы (МСЭК, СПЭК, общественно – консультативный, экспертный совет – 30 дней);
- возможные побег.

**Коды МКБ:**

- F.20.4 Постшизофреническая депрессия.
- F.25.1 Шизоаффективный психоз депрессивного типа.
- F.31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии;
  - .30 - без соматических симптомов;
  - .31 - с соматическими симптомами.
- F 31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.
- F.31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами.
- F 32.0 Легкий депрессивный эпизод;
  - .00 – без соматических симптомов;
  - .01 – с соматическими симптомами.
- F.32.1 Умеренный депрессивный эпизод.
  - .10 - без соматических симптомов;
  - .11 - с соматическими симптомами.
- F.32.2 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов.
- F 32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами.
- F 32.8 Другие депрессивные эпизоды.
- F 32.9 Депрессивные эпизоды, неуточненные.
- F 33.0 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени;
  - .00 – без соматических симптомов;
  - .01 – с соматическими симптомами.
- F 33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести;
  - .10 - без соматических симптомов;
  - .11 - с соматическими симптомами.
- F 33.2 - Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелый, без психотических симптомов.

F 33.3 Рекуррентный депрессивный эпизод, текущий эпизод тяжелый с психотическими симптомами.

F 33.8 Другие рекуррентные депрессивные расстройства.

F 33.9 Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное.

**Определение:** **Депрессия** – состояние, характеризующееся пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами. Депрессивные состояния отличаются большим многообразием и распространенностью.

**Постшизофреническая депрессия (ПШД)** – понимают как депрессивный эпизод, развивающийся после редукции острой психотической симптоматики с сохранением «некоторых позитивных и негативных» симптомов шизофрении. ПШД может быть продолжительной. Некоторые шизофренические симптомы должны сохраняться, но они уже не доминируют в клинической картине.

**Классификация:** по кодам МКБ

**Факторы риска:**

- 1) Наследственная предрасположенность
- 2) Нарушение обмена веществ, вызывающие изменения в мозговой деятельности
- 3) Социальные факторы, в том числе психогении

**Поступление:** плановое, неотложное, недобровольное

**Показания для госпитализации:**

- 1) Нуждающиеся по своему психическому состоянию в лечебно-восстановительных мероприятиях в условиях стационара – неправильное (неадекватное) поведение (выраженные клинические проявления депрессивного состояния, психомоторное возбуждение, страх, тревога, суицидальные тенденции, аутоагрессивное поведение, депрессивное состояние, бредовые идеи, галлюцинаторные переживания и т.д.).
- 2) Социальные показания.
- 3) Больные, направленные судебными органами в установленном порядке на стационарную судебно-психиатрическую, военную экспертизы.
- 4) Лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, решения других экспертных вопросов
- 5) Необходимости подбора терапии.

Показания для недобровольной госпитализации (ст. 29 ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1):

1. непосредственная опасность для себя и окружающих;
2. беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
3. существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Показания для неотложной госпитализации (приложение № 10 к приказу Комздрава МОКиЗ РК от 13 мая 1998 года № 269):

1. психомоторное возбуждение, связанное с аффективно-суженым сознанием;
2. систематизированные бредовые синдромы, если они определяют вероятность общественно – опасного поведения больных;
3. суицидальные тенденции;
4. аутоагрессивные действия;
5. состояния глубокого психического дефекта, обуславливающие психическую беспомощность, гигиеническую и социальную запущенность, бродяжничество

Перечисленные выше болезненные состояния, таящие в себе опасность для самого больного и общества, могут сопровождаться внешне правильным поведением.

#### **Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Консультация психиатра;
2. Флюорография легких (или рентгенография органов грудной клетки легких);
3. Микрореакция (или кровь на RW).

Необходимое обследование перед недобровольной и неотложной госпитализацией:

1. Осмотр психиатра, в том числе в приемном покое психиатрического стационара.

#### **Критерии диагностики:**

1. Основным является клиническое исследование, при котором выявляются клинические проявления и течение, характерные для постшизофренической депрессии:
  - расспрос;
  - наблюдение;
  - сбор субъективного и объективного анамнеза;
  - изучение творчества больных.
2. Общесоматическое и неврологическое исследование.
3. Экспериментально – психологическое обследование.

4. Как правило, дополнительными являются исследования лабораторные и инструментальные, в целях проведения дифференциального диагноза, изменений при лабораторном и инструментальном обследовании, вследствие побочных действий психотропных препаратов, верификации соматического или неврологического сопутствующего заболевания.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Определение АЛТ, АСТ;
4. Определение билирубина;
5. Экспериментально – психологическое обследование (первичное);

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Электрокардиография;
2. Экспериментально – психологическое обследование (повторное);
3. Электроэнцефалография;
4. Компьютерная томография головного мозга;
5. Флюорография легких (1 раз в год);
6. Микрореакция;
7. Кровь на сахар после 40 лет;
8. Исследование кала на диз.группу;
9. Исследование кала на я/г;
10. Консультация: терапевта;
11. Консультация: невропатолога.

#### **Тактика лечения:**

Учитывая сложную психопатологическую структуру ПШД, формирующуюся помимо депрессивных расстройств с участием остаточных галлюцинаторно-бредовых и негативных проявлений, терапевтические воздействия должны быть комплексными, обеспечивающими обратное развитие всех компонентов таких состояний и дифференцированные, в зависимости от типа ПШД и разновидностей динамики заболеваний, по закономерностям которого они развиваются. Их следует проводить в определенной последовательности, направленные на редукцию психотических и собственно депрессивных расстройств, коррекцию негативных изменений и возможных проявлений нейролепсии, а также на устранение последствий психопатологических личностных реакций на перенесенную болезнь.

Для этой цели необходимо применение комплекса препаратов с выраженным антидепрессивным действием, следует отметить, что подбор психотропных препаратов строго индивидуален, с учетом многообразия кли-

нических проявлений, индивидуальной переносимости пациента на лекарственные вещества. Ниже приведены медикаменты с рекомендуемыми дозами (дозы могут варьировать в зависимости от состояния пациента, развития побочных эффектов, терапевтической целесообразности) и при каких состояниях они могут быть назначены, выбор которых определяется врачом – психиатром в каждом конкретном случае:

- Амитриптилин 2,0 в/м х 3раза в день с повышением дозы до 120мг в/м (возможно в/в введение на физ. р-ре) до 10 дней, с последующим переводом на пероральный прием в начальная доза 75-100мг в сутки с повышением до терапевтического эффекта (максимальная доза 450 мг в сутки) – особенно эффективен при тревожно – депрессивных состояниях, уменьшает тревогу, агитацию и собственно депрессивные проявления, также обладает седативным эффектом. Его не следует назначать одновременно с ингибиторами МАО;
- Имипрамин - назначают 2,0 в/м х 2р. в день с повышением дозы (до 400 мг), возможно в/в введение до 250 мг на физ. р-ре, перорально назначаются в дозе от 100 до 500 мг в 2 приема – применяют при депрессивных состояниях сопровождающихся моторной и идеаторной заторможенностью (адинамическим, апатическим компонентом);
- Флуоксетин при адинамических депрессиях начиная с 20мг утром с повышением дозы до 60мг. В отличие от амитриптилина и мелипрамина не вызывает затруднения при мочеиспускании, не оказывает кардиотоксического действия, удобен в применении, применяется 1 раз в сутки;
- Милнаципран – капсулы 50 мг х 2 раза в сутки, при отсутствии терапевтического эффекта возможно повышение дозы до 200 мг в сутки (100 мг х 2 раза) (рекомендуемые терапевтические дозы 50-150 мг в сут.) – оказывает сбалансированное действие на депрессивные состояния различной степени тяжести, минимизация побочных эффектов, возможность назначения у пациента с сопутствующими соматическими заболеваниями;
- Флувоксамин начальная суточная доза 100 мг, при необходимости увеличивают дозу до 0,15 – 0,2 г. в сутки (максимальная суточная доза 0,3;
- Диазепам 5 мг 1 – 2 раза в день, максимальная суточная доза 0,06;
- Вальпроевая кислота 300 мг до 1200 мг, в качестве нормотимика;
- Галоперидол в дозе 5 – 15 мг в сут., с дальнейшим регулированием дозировок с учетом динамики оказывает избирательное антипсихотическое действие на галлюцинации, бредовые расстройства с седативным

эффектом, с целью поддерживающего лечения;

- Трифлуоперазин (трифтазин) начальная доза 10 мг в сут., с постепенным повышением до оптимального терапевтического эффекта – психотропное действие характеризуется сочетанием нейролептического эффекта с умеренным стимулирующим компонентом, избирательное антипсихотическое действие широкого спектра и отчетливо адресуется к психопродуктивной симптоматике, в первую очередь к бреду, галлюцинациям и психическим автоматизмам, с целью поддерживающего лечения;
- Рисперидон - оральный раствор 30 мл (1 мл – 1 мг), начальная доза 2мг в сутки, средняя терапевтическая доз 4 – 6 мг не всегда требует назначений дополнительного применения корректоров (циклодола, акинетона). Воздействие на аффективные расстройства а также на продуктивную и негативную симптоматику. Благодаря сбалансированному дофамино-серотониноэргическому антагонизму, позволяет достичь глубокой ресоциализации пациентов, удлинению сроков ремиссии, сокращает количество обострений и сроки стационарного лечения. Улучшение качества жизни и лучшей социальной адаптации;
- Оланзапин– начальная доза 10мг 1 раз в сут., терапевтические дозы колеблются от 5мг до 20мг в сутки в зависимости от клинического состояния больного. Воздействие на продуктивную и негативную симптоматику, аффективные расстройства. С учетом воздействия на негативную симптоматику способствует меньшему развитию дефекта и лучшей социальной адаптации. Не всегда требует назначения корректоров, возможно назначение раствора оланзапина 10 мг. 1 р. в/м;

На поддерживающем лечении возможен переход на пролонги

- Рисперидон 25 мг, 37,5 мг, 50 мг в/м 1 раз в 2 недели – антипсихотическое действие, удобный режим приема, предотвращение обострений, минимальность побочных эффектов;
- Флуфеназин 25мг - 1,0 мл в/м 1 раз в месяц при переводе на поддерживающее лечение – антипсихотическое действие, влияние на продуктивную симптоматику;
- Тригексифенидил 0,002 x 2 - 3 раза в сутки, - для предупреждения нейролептического синдрома;

Всем больным необходим контроль артериального давления.

При резистентных формах могут применяться следующие приемы:

- «одномоментная отмена психотропных препаратов», «ножницы», «зигзаг»;
- электросудорожная терапия;

- плазмаферез;
- лазеротерапия.

В лечении необходимо применение различных видов и форм психотерапии:

1. групповая, которая должна включать в себя:
  - поведенческая психотерапия – в целях адаптации пациента в современных условиях, развитие навыков, для облегчения ресоциализации;
  - когнитивная – осознания заболевания, болезненности болезненных переживаний, необходимости приема лечения и т.д.;
  - группы общения, поддержки – улучшение качества жизни.
2. Семейная психотерапия – работа с родственниками пациентов:
  - системная - необходимость обучения поведения членов семьи пациента, в соответствии с клиническими проявлениями;
  - стратегическая – возможные перспективы у пациента, как добиться наиболее благоприятных перспектив;
  - рациональная – информация про заболевание, возможные исходы и т.д.
3. Индивидуальная (как правило, рациональная).

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Амитриптилин 1% раствор - 2 мл; таблетки 0,025
2. \*Имипрамин 1,25% раствор 2 мл; таблетки 0,025
3. \*Флуоксетин капсулы 0,02
4. \*Флувоксамин таблетки 0,05
5. \*Диазепам таблетки 0,005; 0,5% раствор 2 мл
6. Милнаципран капсулы 0,025, 0,05
7. \*Кломипрамин капсулы и таблетки 0,01; 0,025; 0,05
8. \*Кломипрамин 1,25% раствор 2 мл
9. \*Вальпроевая кислота таблетки 0,3, 0,5
10. \*Галоперидол 5% раствор 2 мл; таблетки 0,0015; 0,005
11. \*Трифлуоперазин 0,2% раствор 1 мл; таблетки 0,001; 0,005
12. \*Рisperидон раствор для приема внутрь 30 мл (1 мл – 1мг)
13. \*Оланзапин таблетки 0,01
14. \*Рisperидон 25 мг (порошок для приготовления суспензии)
15. \*Тригексифенидил таблетки 0,002

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Пирацетам 20% - 10 мл (ампулы)
2. \*Флуфеназин деканоат 2,5% - мл (ампулы)
3. \* Пиридоксин гидрохлорид 200 мг табл

4. \* Тиамин гидрохлорид 100 мг табл
5. \* Цианкоболамин 200 мкг табл

**Критерии перевода на следующий этап:**

Достижение терапевтической (медикаментозной) ремиссии, подбор поддерживающей терапии, окончание экспертных вопросов, принудительного лечения, решение социальных вопросов.

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок. Клиническая психиатрия из синописа по психиатрии. Т 1. – Москва «Медицина», 1994.
2. В.М.Блейхер, И.В.Крук. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
4. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2 – е издание, 2002.
5. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition American Psychiatric Association, 2004.
6. Ю.Ю.Чайка. К проблеме постшизофренических депрессий. Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 1999г - №1 – стр.117-121.
7. Ю.Ю.Чайка. Типология и динамика постшизофренической депрессии. Украинский вестник психоневрологии. –1999г.-Т.7,вип.3.-стр.130-134.
8. К.Н.Шумская. Постшизофренические депрессии (психопатологические особенности) и вопросы типологии, клинические подходы, терапевтические особенности). Автореферат. Научный центр психиатрии РАМН.
9. Д.В.Вильямс, С.Д. Малроу, Э. Чикветт, П.Х.Ноэль, К.Агвилар, Дж.Корнелл. Клинические рекомендации: часть2. Систематический обзор испытаний новых методов медикаментозного лечения депрессии у взрослых.
10. Н.П.Андрусенко, М.А.Морозова. Комбинированное использование антидепрессантов и нейролептиков при аффективных расстройствах и шизофрении: Показания к назначению, побочные эффекты и осложнения. Лаборатория психофармакологии НЦПЗ РАМН, Москва.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

# Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя

## 1 этап

**Код протокола:** 20-161 г

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:**

1. Купирование физической зависимости и редукция психической зависимости;
2. Коррекция психических и поведенческих расстройств;
3. Формирование мотивации на участие в реабилитационной программе

**Длительность лечения:** до 20 дней

**Коды МКБ:**

F10.0 Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)

F10.2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости

F10.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Состояние отмены

**Определение:** Алкоголизм - это заболевание, которое характеризуется возникновением непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, изменением толерантности организма, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности.

**Классификация** (согласно МКБ - 10):

F10.0 Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение), несложненная

F10.1 Злоупотребление алкоголем (употребление с вредными последствиями для здоровья)

F10.24 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. Фаза обострения

F10.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентный синдром

**Факторы риска:**

Индивидуальные факторы риска: коморбидная психопатическая структура личности; мужской пол; наследственная отягощенность.

Групповые факторы риска: дисфункциональные семейные отношения; раннее начало употребления алкоголя в референтной группе.

Социально-культуральные факторы риска: высокая распространенность традиций по употреблению алкоголя; терпимое отношение микросоциума к употреблению алкоголя.

**Поступление:** экстренное, плановое

**Показания для госпитализации:**

1. Острая интоксикация алкоголем неосложненная
2. Синдром зависимости. Фаза обострения
3. Состояние отмены неосложненное

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Реакция Вассермана (RW)
2. Флюорография органов грудной клетки
3. Консультация врача фтизиатра в случае наличия патологии органов грудной клетки на флюорографии.

**Критерии диагностики:**

1. Непреодолимое патологическое влечение к спиртным напиткам со снижение количественного и ситуационного контроля
2. Наличие алкогольного абстинентного синдрома
3. Развитие алкогольной деградации личности

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение мочевины и остаточного азота
4. Определение общего белка
5. Определение АЛТ и АСТ
6. Определение глюкозы после 40 лет
7. Определение билирубина
8. Тимоловая проба
9. Консультация нарколога

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. УЗИ органов брюшной полости
2. ЭКГ
3. Определение диастазы
4. Определение кальция
5. Определение протромбинового индекса
6. Определение глюкозы до 40 лет
7. Консультация невропатолога
7. Консультация терапевта
8. Электроэнцефалография
9. Эхоэнцефалография

10. Реоэнцефалография
11. Консультация психолога
12. Консультация психотерапевта

### **Тактика лечения:**

Основные клиничко-психологические мишени (узлы формирования наркотической зависимости):

1. Патологический соматический статус;
1. Патологическое влечение к психоактивному веществу;
2. Патологический личностный статус;
3. Нормативный личностный статус;
4. Дефицитарный социальный статус;
5. Уровень мотивации на полноценное прохождение МСР.

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия: обеспечение воздержания от употребления алкоголя; определение уровня реабилитационного потенциала (высокий, средний, низкий); формирование мотивации на участие в программе медико-социальной реабилитации; противоресидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического влечения к алкоголю.

Основные психотерапевтические мероприятия: мотивационное интервью, мотивационное консультирование, мотивационной психотерапии; блокирование патологического влечения к алкоголю; определение индекса тяжести зависимости. Реализуются данные мероприятия через техники индивидуального консультирования и психотерапии, техники группового консультирования и адаптированных методов групповой мотивационной психотерапии, гештальт-терапии, трансактного анализа.

- Алгоритм терапии острой алкогольной интоксикации (алкогольного опьянения) тяжелой степени: промывание желудка; аналептики и психотоники (дигоксин, строфантин в инъекциях, кордиамин); детоксикация (полиионные смеси, физиологический раствор, 5% р-р глюкозы, тиосульфат натрия в/в); витамины (пиридоксин 5% - 10 мл в/м, никотиновая кислота в/м, аскорбиновая кислота в/в с глюкозой); ноотропы (пирацетам 20% р-р 5-15 мл в/м или в/в); гепатопротекторы (эссенциале в растворе).
- Алгоритм терапии абстинентного алкогольного синдрома: детоксикация в течение 3-5, при необходимости 5-7 дней (полиионные смеси, физиологический раствор, 5% р-р глюкозы в/в, тиосульфат натрия в/в); витамины (пиридоксин 5% - 10 мл в/м, никотиновая кислота в/м, аскорбиновая кислота); транквилизаторы и снотворные (диазепам 30-50 мг/сут, нитразепам 5-10 мг на ночь, 20 % раствор оксибутирата

натрия 10 мг/сут); антиконвульсанты (карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сут; вальпроат натрия в дозе 450 - 900 мг/сут); нейролептики (клозапин, рисперидон, галоперидол); антидепрессанты (амитриптилин, сертралин); глюкокортикоиды (преднизолон); дегидратирующие (фуросемид); ноотропы (пирацетам 20% р-р 5-15 мл в/м или в/в); гепатопротекторы (эссенциале, холензим). Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.)

- Алгоритм терапии диссомнических расстройств: препаратами выбора являются производные бензодиазепинов (0,5 % раствор диазепама 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты (фенобарбитал), снотворные 3-го поколения - зопиклон (имован) в минимально эффективной дозе 7,5 мг курсом не более 5 дней, в случае отсутствия эффекта целесообразно препарат отменить и назначить нейролептики (клозапин в дозе до 50 мг на ночь).
- Алгоритм терапии интеллектуально-мнестических расстройств: назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций - ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности, препаратами выбора являются: ноотропы (пирацетам), аминокислоты (глутаминовая кислота), витамины (В1, В6, В12, аскорбиновая, никотиновая кислота). Физиотерапия (акупунктура, электросон).
- Алгоритм терапии астенического (неврастенического) синдрома: с целью редукции повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности эмоциональных реакций препаратами выбора являются имипрамин 25 – 150 мг/сут, флуоксетин 20 – 40 мг/сут, а также показаны ноотропы, витамины (В1, В6, В12 и др.), аминокислоты, гепатопротекторы. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).
- Алгоритм терапии антиконвульсантами: противосудорожные, нормотимические, эмоциотропные свойства антиконвульсантов позволяют эффективно использовать их при лечении алкогольного абстинентного синдрома. Препаратами выбора являются карбамазепин в дозе 200 мг 3 раза в сутки, при начальной дозе 100-200 мг 1 - 2 раза в сутки. При необходимости доза препарата может быть увеличена до 400 мг 2-3 раза в сутки. Вальпроат натрия в суточной дозе из расчета 30-50 мг/кг массы тела, обычно она составляет 0,1-0,5 г, при необходимости дозы могут быть увеличены.
- Алгоритм терапии нейролептиками: с целью купирования патологического влечения к алкоголю, снижения возбуждения и коррекции поведения препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сут); кло-

запин (азалептин) 100 – 200 мг/сут; рисперидон (рисполепт) 4-6 мг/сут в форме раствора; хлорпромазин (аминазин) 50 – 200 мг/сут.

- Алгоритм терапии антидепрессантами: с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувоксамин, amitриптилин в среднесуточных дозировках.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \* diazepam 10мг таб.
2. \* diazepam 0,5% - 2,0 мл амп.
3. \* risperidone раствор мл, флак.
4. \* carbamazepine 200 мг таб
5. \* galoperidol 0,5% - 1,0 мл амп.
6. \* trihexifenidil 2 мг таб.
7. \* chlorpromazine 2,5% - 2 мл амп.
8. \* magnesia sulfate 25% -10 мл амп.
9. \* sodium thiosulfate 20% - 10,0 мл амп.
10. \* thiamine bromide 5% -1,0 мл амп.
11. \* pyridoxine hydrochloride 5% -1,0 мл амп.
12. \* ascorbic acid 5% - 1,0 мл амп.
13. \* furosemide 1% - 2,0 мл амп.
14. \* paracetamol 20% - 5,0 мл амп.
15. \* paracetamol 400 мг таб.
16. \* vinpocetine 2 мл амп.
17. \* dextrose 5% 400 мл фл.
18. \* sodium chloride 0,9 % 400 мл фл.
19. \* 70% спирт 200 мл

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \* clozapine 25 мг таб.
2. \* amitriptyline 2,5% - 2,0 мл амп.
3. \* fluvoxamine 50 мг таб.
4. \* oxycodone hydrochloride 20% -10 мл амп.
5. \* selimarin + fumarate капсулы
6. \* vinpocetine 5 мг
7. \* gamma-aminobutyric acid 250 мг таб
8. \* complex of peptides, obtained from the brain of a pig 5 мл амп.
9. \* prednisolone 30мг/1мл амп.

10. \*метаклопрамид 10 мг таб.
11. \*ацетилсалициловая кислота 500 мг таб.
12. \*цефазолин 1,0 амп.
13. \*гентамицин 4% - 1,0 мл амп.
14. \*метронидазол 250 мг таб.
15. \*ко-тримаксозол 480 мг таб.
16. \*нистатин 500 тыс. ед. таб.
17. \*цианокобаламин 0,05% 1,0 мл амп.
18. \*никотиновая кислота 1% - 1,0 мл амп.
19. \*депротеинизированный гемодереват из телячьей крови 80 мг - 2 мл амп.
20. \*диклофенак натрия 3,0 мл амп.
21. \*диклофенак натрия 100 мг таб.
22. \*дифенгидромин 1% -1,0 мл амп.
23. \*панкреатин 4500 ЕД таб.
24. \*ранитидин 300 мг таб.
25. \*декстран-70 200 мл фл.
26. \*уголь активированный 0,25 таб.
27. \*эналаприл 2,5 мг таб.
28. \*гидрохлортиазид 25 мг таб.
29. \*аминофиллин 2,4% - 5,0 мл амп.
30. \*дротаверин 40 мг - 2 мл амп
31. \*дигоксин 0,025% -1 мл амп
32. \*лоперамид 2 мг капс

**Критерии перевода на следующий этап:** отсутствие симптомов отмены, нормализация настроения, сна, восстановление критики к заболеванию, купирование патологического влечения к алкоголю, наличие мотивации к воздержанию от алкоголя и на дальнейшее прохождение программы медико-социальной реабилитации.

***Литература, использованная при подготовке протоколов:***

1. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.
2. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. В кн.: Лекции по клинической наркологии под ред. проф. Н.Н.Иванца. – М.: «НАН», 2000. – С. 191-206
3. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Литера, 2000. – М.: 2002, 254 стр. Воробьев П.А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии каче-

ственной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. № 2, 1999.

4. Воробьев П.А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. № 2, 1999.
5. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. Л.: «Медицина», Ленинградское отделение, 1988, 223 стр.
6. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2.
7. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца), М., 2000, с. 80.
8. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.
9. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 стр.
10. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии, 1999, № 2, С. 57-61.
11. Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Козлов А.А «Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании» (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.) ,М., 2001, с. 70-85.
12. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / Анахарсис, 2001. – 48 стр.
13. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология, 2003, № 4, С. 41-44.
14. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.
- 15.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

# Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя.

## 2 этап

**Код протокола:** 20-1616

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:**

1. Коррекция постабстинентного состояния;
2. Развитие и стабилизация личностных и социальных свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости;
3. Реабилитация – медицинская, социальная, психологическая.

**Длительность лечения:** 60 дней

**Коды МКБ:**

F10.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Употребление с вредными последствиями

F10.20 - F10.23 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Синдром зависимости. Воздержание.

**Определение:** Алкоголизм - это заболевание, которое характеризуется возникновением непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, изменением толерантности организма, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности.

**Классификация:** по МКБ-10

F10.1 Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя. Употребление с вредными последствиями

F10.20 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время воздержание

F10.21 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключающих употребление

F10.22 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей терапии

F10.23 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время воздержание, но на лечении вызывающими отвращение лекарствами

**Факторы риска:**

Индивидуальные факторы риска: коморбидная психопатическая структура личности; мужской пол; наследственная отягощенность.

Групповые факторы риска: дисфункциональные семейные отношения; раннее начало употребления алкоголя в референтной группе.

Социально-культуральные факторы риска: высокая распространенность традиций по употреблению алкоголя; терпимое отношение микросоциума к употреблению алкоголя.

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:**

1. Синдром зависимости, воздержание;
2. Употребление с вредными последствиями
3. Состояние психологической, социальной дезадаптации

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Реакция Вассермана (RW)
2. Флюорография органов грудной клетки
3. Консультация врача фтизиатра в случае наличия патологии органов грудной клетки на флюорографии.

**Критерии диагностики:**

1. Непреодолимое патологическое влечение к спиртным напиткам со снижение количественного и ситуационного контроля
2. Наличие алкогольного абстинентного синдрома
3. Развитие алкогольной деградации личности

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение мочевины и остаточного азота
4. Определение общего белка
5. Определение АЛТ и АСТ
6. Определение глюкозы после 40 лет
7. Определение билирубина
8. Тимоловая проба
9. Электроэнцефалография
10. Эхоэнцефалография
11. Реоэнцефалография
12. Консультация: медицинский психолог
13. Консультация нарколога

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. УЗИ органов брюшной полости

2. ЭКГ
3. Определение диастазы
4. Определение кальция
5. Определение глюкозы до 40 лет
6. Определение протромбинового индекса
7. Консультация невропатолога
8. Консультация терапевта

**Тактика лечения:**

Основные клинико-психологические мишени (узлы формирования наркотической зависимости):

1. Патологический соматический статус;
2. Патологическое влечение к психоактивному веществу;
3. Патологический личностный статус;
4. Нормативный личностный статус;
5. Дефицитарный социальный статус;
6. Уровень мотивации на полноценное прохождении МСР.

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия: адаптация к условиям, содержанию и графику работы реабилитационного отделения; мотивационная работа, направленная на активное участие в реабилитационной программе в условиях терапевтического сообщества; программы профессиональной ориентации; культурно-развлекательные программы; спортивно-оздоровительные программы; волонтерское движение.

Основные психотерапевтические мероприятия: групповая психотерапия, основной целью которой является развитие свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости; программа социально-психологических тренингов; семейное консультирование, семейная психотерапия, групповая психотерапия со значимыми другими лицами; противорецидивная психотерапия, противорецидивные тренинги; формирование нормативной системы ценностей; создание позитивного жизненного сценария. Данные мероприятия реализуются через техники интегративно-развивающей, групповой психотерапии; адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, трансактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии; через программу социально-психологических тренингов, а также через взаимодействия в условиях терапевтического сообщества.

- Алгоритм терапии злоупотребления алкоголем с вредными последствиями для здоровья: витамины (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбиновая кислота в/м или в/в, фолиевая кислота, ретинол); аминокислоты (эссенциале в капсулах, гамма - аминокислотная кисло-

та); ноотропы (пирацетам); транквилизаторы и снотворные (диазепам 30-50 мг/сут, нитразепам 5-10 мг на ночь). Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

- Алгоритм лечения синдрома зависимости, в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей терапии: средства, подавляющие патологическое влечение к алкоголю - нейролептики (клозапин 100 – 200 мг/сут; рисперидон 1 – 4 мг/сут в форме раствора); антидепрессанты (кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках); антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота); витамины (тиамин, пиридоксин, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота); ноотропы (пирацетам, гамма - аминокислотная кислота); гепатопротекторы (холензим, эссенциале); транквилизаторы и снотворные (нитразепам, феназепам). Физиотерапия: ИРТ, электросон, массаж.
- Алгоритм терапии синдрома зависимости, в настоящее время воздержание, но на лечении вызывающими отвращение лекарствами: витамины (тиамин, пиридоксин, аскорбиновая кислота, фолиевая кислота); аминокислоты (церебролизин, эссенциале, холензим); ноотропы (пирацетам, гамма - аминокислотная кислота); сенсibiliзирующие к алкоголю средства (метронидазол, никотиновая кислота); средства, подавляющие патологическое влечение к алкоголю - нейролептики (клозапин 100 – 200 мг/сут; рисперидон 1 – 4 мг/сут в форме раствора); антидепрессанты (кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках); антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота).
- Алгоритм терапии интеллектуально-мнестических расстройств: назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций - ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности, препаратами выбора являются: ноотропы (пирацетам), аминокислоты (глутаминовая кислота), витамины (B1, B6, B12, аскорбиновая, никотиновая кислота). Физиотерапия (акупунктура, электросон).
- Алгоритм терапии астенического (неврастенического) синдрома: с целью редукции повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности эмоциональных реакций препаратами выбора являются имипрамин 25 – 150 мг/сут, флуоксетин 20 – 40 мг/сут, а также показаны ноотропы, витамины (B1, B6, B12 и др.), аминокислоты, гепатопротекторы. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).
- Алгоритм терапии диссомнических расстройств: препаратами выбора

являются производные бензодиазепинов (0,5 % раствор диазепама 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты (фенобарбитал), снотворные 3-го поколения - зопиклон (имован) в минимально эффективной дозе 7,5 мг курсом не более 5 дней, в случае отсутствия эффекта целесообразно препарат отменить и назначить нейролептики (клозапин в дозе до 50 мг на ночь).

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*диазепам 10 мг, таб.
2. \*диазепам 0,5%-2 мл, амп.
3. \*карбамазепин 200 мг, таб.
4. \*рисперидон мл флакон
5. \*галоперидол 0,5% - 1,0 мл, амп.
6. \*тригексифенидил 2 мг, таб.
7. \*хлорпромазин 2,5% - 2,0 мл, амп.
8. \*магния сульфат 25% -10,0 мл, амп.
9. \*натрия тиосульфат 20% -10,0 мл,амп.
10. \*тиамина бромид 5% -1,0 мл амп.
11. \*пиридоксина гидрохлорид 5% -1,0 мл амп.
12. \*кислота аскорбиновая 5% - 1,0 мл амп.
13. \*парацетам 400 мг, таб.
14. \*парацетам 20% -5,0 мл, амп.
15. \*винпоцетин 5 мг, таб.
16. \*винпоцетин 2 мл, амп.
17. \*декстроза 5% -200 мл, флак.
18. \*натрия хлорид 0,9% -200 мл, фл.
19. \*70% спирт 200 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*клозапин, 25мг, таб.
2. \*амитриптилин 2,5% - 2,0 мл, амп.
3. \*амитриптилин 25 мг, таб.
4. \*флувоксамин 50 мг, таб.
5. \*оксибутират натрия 20% -10,0 мл, амп.
6. \*селимарин + фумарин , капс.
7. \*циннаризин 25 мг, таб.
8. \*гамма-аминобутировая кислота 250 мг, таб.
9. \*комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи 5 мл, амп.
10. \*преднизолон 5 мг, таб.
11. \*метаклопрамид 10 мг, таб.

12. \*парацетамол 250 мг, таб.
13. \*ципрофлоксацин 500 мг, таб.
14. \*цефазолин 1,0 амп.
15. \*ампициллин 1,0 амп.
16. \*ко-тримаксозол 480 мг, таб.
17. \*нистатин 500 тыс. ед., таб.
18. \*фуразолидон 50 мг, таб.
19. \*амброксол 30 мг, таб
20. \*метронидазол 250 мг, таб.
21. \*диклофенак натрия 3 мл, амп.
22. \*диклофенак натрия 100 мг, таб.
23. \*дифенгидромин 1%- 1,0 мл, амп.
24. \*цианокобаламин 0,05% 1,0 мл, амп.
25. \*никотиновая кислота 1% - 1,0 мл, амп.
26. \*депротеинизированный гемодереват из телячьей крови 80мг 2,0 мл, амп.
27. \*хлоропирамин 20 мг -1,0 мл, амп.
28. \*декстран-70 200 мл
29. \*панкреатин 4500 ЕД, таб.
30. \*ранитидин 300 мг, таб.
31. \*уголь активированный 0,25, таб.
32. \*эналаприл 2,5 мг, таб.
33. \*гидрохлортиазид 25 мг, таб.
34. \*аминофиллин 2,4% -5,0 мл, амп.
35. \*бисакодил 5 мг, таб.
36. \*дротаверин 40 мг, таб.
37. \*дигоксин 0,025%- 1 мл, амп.
38. \*лоперамид 2мг, капс.
39. \*фуросемид 1% -2,0 мл, амп.

**Критерии перевода на следующий этап:** полное воздержание от потребления алкоголя; улучшение и стабилизация физического и психического здоровья; отсутствие проявлений патологического влечения к алкоголю; наличие конструктивных форм поведения, расширяющих нормативный круг общения и интересов; наличие установки на отказ от употребления алкоголя и образ жизни, несовместимый с потреблением алкоголя.

***Литература, использованная при подготовке протоков:***

1. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и

- практика. – Москва, 2000. – 184 стр.
2. Белокрылов Н.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных / В кн.: Руководство по наркологии. – Т. 2, под ред. Н.Н.Иванца, Медпрактика. – М., 2002. – С. 120-172
  3. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. В кн.: Лекции по клинической наркологии под ред. проф. Н.Н.Иванца. – М.: «НАН», 2000. – С. 191-206
  4. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Литера, 2000. – М.: 2002, 254 стр.
  5. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). – Москва, 2002. – 105 стр.
  6. Воробьев П.А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. № 2, 1999.
  7. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. Л.: «Медицина», Ленинградское отделение, 1988, 223 стр.
  8. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2.
  9. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца), М., 2000, с. 80.
  10. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.
  11. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 стр.
  12. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии, 1999, № 2, С. 57-61.
  13. Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Козлов А.А «Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании» (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.) ,М., 2001, с. 70-85.
  14. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / Анахарсис, 2001. – 48 стр.
  15. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология, 2003, № 4, С. 41-44.
  16. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.
  17. Project MATCH Research Group Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes // Journal of Studies on Alcohol. 1997, N 58, p. 7-29.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

# Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов

## 1 этап

**Код протокола:** 20 – 161д

**Профиль:** терапевтический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:**

1. Купирование физической зависимости и редукция психической зависимости;
2. Коррекция психических и поведенческих расстройств;
3. Формирование мотивации на участие в реабилитационной программе

**Длительность лечения:** 20 дней

**Коды МКБ - 10:**

- F11.0 Острая интоксикация в результате употребления опиоидов, неосложненная
- F11.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Пагубное (с вредными последствиями) употребление
- F11.2 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости
- F11.3 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Состояние отмены

**Определение:** Наркоманией называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема.

**Классификация** (согласно МКБ - 10):

- F11.0 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Острая интоксикация
- F11.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Употребление с вредными последствиями
- F11.2 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости
- F11.3 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Состояние отмены

**Факторы риска:**

Индивидуальные факторы риска: коморбидная психопатическая структу-

ра личности; мужской пол; наследственная отягощенность.

Групповые факторы риска: дисфункциональные семейные отношения; раннее начало употребления наркотика в референтной группе.

Социально-культуральные факторы риска: высокая распространенность традиций по употреблению наркотика; терпимое отношение микросоциума к употреблению наркотика.

**Поступление:** плановое

**Показания к госпитализации:**

1. Острая интоксикация, неосложненная
2. Синдром зависимости
3. Состояние отмены

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Консультация врача нарколога
2. Исследование на ВИЧ
3. Анализ крови на реакцию Вассермана (RW)
4. Исследование на вирус гепатита В
5. Исследование на вирус гепатита С
6. Консультация врача-инфекциониста в случае положительного результата на вирус гепатита В, С.
7. Флюорография органов грудной клетки
8. Консультация врача-фтизиатра в случае патологии органов грудной клетки на флюорографии.

**Критерии диагностики синдрома зависимости:**

1. Непреодолимое и/или навязчивое влечение к употреблению наркотка.
2. Сниженная способность контролировать прием наркотического вещества.
3. Состояние отмены.
4. Повышение толерантности к эффектам наркотического вещества.
5. Продолжающееся употребление наркотического вещества вопреки явным признакам вредных последствий.
6. Лабораторное подтверждение употребления опиоидов.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий (клинический) анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение общего белка
4. Определение мочевины и остаточного азота
5. Определение АЛТ
6. Определение АСТ
7. Тимоловая проба

8. Определение билирубина
9. Определение глюкозы после 40 лет
10. Поляризонный флуоресцентный иммуноанализ на наличие наркотических веществ и их метаболитов в моче
11. Иммунохроматография на наличие наркотических веществ и их метаболитов в моче
12. Определение уровня реабилитационного потенциала

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. ЭКГ
3. Определение креатинина
4. Определение диастазы
5. Определение глюкозы до 40 лет
6. Консультация терапевта
7. Консультация невропатолога
8. Консультация психотерапевта
9. Консультация психолога
10. Электроэнцефалография
11. Эхоэнцефалография
12. Реоэнцефалография

#### **Тактика лечения:**

Основные клинко-психологические мишени (узлы формирования наркотической зависимости):

1. Патологический соматический статус;
2. Патологическое влечение к психоактивному веществу;
3. Патологический личностный статус;
4. Нормативный личностный статус;
5. Дефицитарный социальный статус;
6. Уровень мотивации на полноценное прохождение МСР.

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия: обеспечение воздержания от употребления наркотиков с периодическим проведением диагностики на их наличие в биологических средах; определение уровня реабилитационного потенциала (высокий, средний, низкий); формирование мотивации на успешное прохождение программы МСР; противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического влечения к наркотику.

Основные психотерапевтические мероприятия: установление контакта с нормативным статусом личности пациента; блокирование патологического влечения к наркотику; мотивационное интервью, консультирование,

мотивационная психотерапия; определение индекса тяжести зависимости. Реализуются данные мероприятия через техники индивидуального консультирования, психотерапии, а также через техники группового консультирования и адаптированных методов групповой психотерапии.

- Алгоритм детоксикационной терапии: рекомендуется использовать в качестве стандартной схемы следующее сочетание препаратов: клонидин (0,45-0,9 мг/сут) в сопровождении преднизолона (5-15 мг/сут), диазепам (30-60 мг/сут), трамадол (400-500 мг/сут, в тяжелых случаях до 600 мг), курс лечения трамადолом в таких дозах не должен превышать 5 дней с последующей постепенной отменой по 100 мг в сутки.\*
- Алгоритм терапии антагонистами опиатных рецепторов: рекомендовано применение налтрексона по следующим схемам лечения: 1) ежедневно по 50 мг в сутки в течение 5 дней, а в субботу – 100 мг в сутки; 2) по 100 мг через день или 150 мг через два дня.
- Алгоритм терапии нейролептиками: с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к наркотику, коррекции поведения препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сут); клозапин (азалептин) 100 – 200 мг/сут; рисперидон (рисполепт) 4-6 мг/сут в форме раствора; хлорпромазин (аминазин) 50 – 200 мг/сут.
- Алгоритм терапии антиконвульсантами: для купирования патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмоциотропными свойствами: карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сут; вальпроат натрия в дозе 450 - 900 мг/сут.
- Алгоритм терапии антидепрессантами: с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках.
- Алгоритм терапии обезболивающими препаратами: при выраженном болевом синдроме, в тех случаях, когда трамадол в дозе 400-500 мг в сутки не купирует болевые ощущения, или болевой синдром проявляется более 5 дней, целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов: диклофенак до 150 мг в сут, кеторолак 30 – 90 мг/сут.
- Алгоритм терапии синдрома патологического влечения к наркотику: при обострении патологического влечения назначаются препараты, купирующие патологическое влечение и связанные с ним аффективные

и поведенческие расстройства. Препаратами выбора являются нейрорептики – галоперидол, клозапин (азалептин), рисперидон (рисполепт); антидепрессанты - кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин; антиконвульсанты - карбамазепин, вальпроат натрия. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

- Алгоритм терапии диссомнических расстройств: препаратами выбора являются снотворные 3-го поколения - зопиклон (имован), производные бензодиазепинов (0,5 % раствор диазепама 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты. В случае отсутствия эффекта целесообразно назначение нейролептиков (клозапин).
- Алгоритм терапии астенического (неврастенического) синдрома: с целью редукции повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности эмоциональных реакций препаратами выбора являются имипрамин 25 – 150 мг/сут, флуоксетин 20 – 40 мг/сут, а также показаны ноотропы, витамины (В1, В6, В12 и др.), аминокислоты, гепатопротекторы. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Преднизолон 5 мг таб
2. \*Преднизолон 30 мг /1 мл амп.
3. \*Диазепам 10 мг таб
4. \*Диазепам 0,5% - 2 мл амп.
5. \*Клозапин 25 мг таб
6. \*Галоперидол 0,5% - 1мл амп
7. \*Тригексифенидил 2 мг таб
8. \*Хлорпромазин 2,5% - 2мл амп
9. \*Рисперидон раствор мл флак
10. \*Трамадол 50 мг / 1мл амп
11. \*Трамадол 50 мг капс.
12. \*Амитриптилин 2,5% - 2мл амп.
13. \*Натрия оксибутират 20 % - 10 амп.
14. \*Винпоцетин 2 мл амп
15. \*Селимарин + фумарин капс.
16. \*Тиамин 5% -1 мл амп.
17. \*Пиридоксин 5% - 1мл амп.
18. \*Пирацетам 20% - 5мл амп.
19. \*Декстрога, р-р для инфуз. 5% 400 мл флак
20. \*Натрия хлорид 0.9% р-р для инфуз 400 мл флак
21. Налтрексон 50 мг таб
22. \*Спирт 70% 200 мл

### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*карбамазепин 200 мг таб
2. \*амитриптилин 25 мг таб
3. \*ацетилсалициловая к-та 500 мг таб
4. \*бисакодил 5 мг таб
5. \*цианокобаламин 0,05% -1,0 мл амп
6. \*кислота аскорбиновая 5% -1,0 мл амп
7. \*токоферола ацетат 30% -1,0 мл амп
8. \*никотиновая кислота 1% - 1,0 мл амп
9. \*депротеинизированный гемодериват из телячьей крови 80мг 2,0 мл амп
10. \*фуросемид 1% - 2,0 мл амп
11. \*гентамицин 4% - 1,0 мл амп
12. \*цефазолин 1,0 амп
13. \*ко-тримаксозол (бисептол 480) таб
14. \*нистатин 500 тыс. ед. таб
15. \*метронидазол 250 мг таб
16. \*ципрофлоксацин 500 мг таб
17. \*диклофенак натрия 3,0 мл амп
18. \*диклофенак натрия 100 мг таб
19. \*прокаин 0,5% -5,0 мл амп
20. \*дротаверин 2,0 мл амп
21. \*дифенгидрамин 1% -1,0 мл амп
22. \*декстран-70 -200 мл флак
23. \*ранитидин 300 мг таб
24. \*уголь активированный 250 мг таб
25. \*эналаприл 5 мг таб
26. \*аминофиллин 2,4% - 5,0 мл амп
27. \*амброксол 30 мг таб
28. \*лоперамид 2мг капс

**Критерии перевода на следующий этап:** купирование проявлений физической и психической зависимости, редукция патологического влечения к наркотику, соматических осложнений; гарантированное (неоднократные отрицательные результаты анализов на наличие наркотиков) воздержание от употребления наркотиков; наличие установки на дальнейшее прохождение медико-социальной реабилитации.

### ***Литература, использованная при подготовке протоколов:***

1. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, име-

- ющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.
2. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Литера, 2000. – М.: 2002, 254 стр.
  3. Воробьев П.А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. № 2, 1999.
  4. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2.
  5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. Москва, 2001, С. 98-115.
  6. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца), М., 2000, с. 80.
  7. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.
  8. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 стр.
  9. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии, 1999, № 2, С. 57-61.
  10. Пятницкая И.Н. «Наркомании» (руководство для врачей), М., «Медицина», 1994.
  11. Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Козлов А.А. «Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании» (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.) ,М., 2001, с. 70-85.
  12. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / Анахарсис, 2001. – 48 стр.
  13. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология, 2003, № 4, С. 41-44.
  14. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов

### 2 этап

**Код протокола:** 20 – 161 в

**Профиль:** терапевтический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:**

1. Коррекция постабстинентного состояния;
2. Развитие и стабилизация личностных и социальных свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости;
3. Реабилитация – медицинская, социальная, психологическая.

**Длительность лечения:** 60 (дней)

**Код МКБ:**

F11.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Пагубное (с вредными последствиями) употребление

F11.20 - F11.23 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости. Воздержание.

**Определение:** Наркоманией называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема.

**Классификация** (согласно МКБ - 10):

F11.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Пагубное (с вредными последствиями) употребление

F11.2 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости.

F11.20 - F11.23 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости. Воздержание.

**Факторы риска:**

Индивидуальные факторы риска: коморбидная психопатическая структура личности; мужской пол; наследственная отягощенность.

Групповые факторы риска: дисфункциональные семейные отношения; раннее начало употребления наркотика в референтной группе.

Социально-культуральные факторы риска: высокая распространенность традиций по употреблению наркотика; терпимое отношение микросоциума к употреблению наркотика.

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:**

1. Употребление с вредными последствиями
2. Синдром зависимости
3. Состояние психологической, социальной дезадаптации.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Консультация врача нарколога
2. Исследование на ВИЧ
3. Анализ крови на реакцию Вассермана (RW)
4. Исследование на вирус гепатита В
5. Исследование на вирус гепатита С
6. Консультация врача-инфекциониста в случае положительного результата на вирус гепатита В, С.
7. Флюорография органов грудной клетки
8. Консультация врача фтизиатра в случае патологии органов грудной клетки на флюорографии.

**Критерии диагностики:**

1. Сильная потребность или необходимость принять наркотическое вещество.
2. Сниженная способность контролировать прием наркотического вещества.
3. Состояние отмены.
4. Повышение толерантности к эффектам наркотического вещества.
5. Продолжающееся употребление наркотического вещества вопреки явным признакам вредных последствий.
6. Прогрессирующая замена альтернативных интересов.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение мочевины и остаточного азота
4. Определение общего белка
5. Определение АЛТ и АСТ
6. Определение глюкозы
7. Определение билирубина
8. Тимоловая проба
9. Электроэнцефалография
10. Эхоэнцефалография
11. Реоэнцефалография
12. Поляризационный флуоресцентный иммуноанализ на наличие наркотических веществ и их метаболитов в моче
13. Иммунохроматография на наличие наркотических веществ и их мета-

болитов в моче

14. Консультация психолога

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. УЗИ органов брюшной полости
2. ЭКГ
3. Определение креатинина
4. Определение диастазы
5. Консультация терапевта
6. Консультация невропатолога

**Тактика лечения:**

Основные клиничко-психологические мишени (узлы формирования наркотической зависимости):

1. Патологический соматический статус;
2. Патологическое влечение к психоактивному веществу;
3. Патологический личностный статус;
4. Нормативный личностный статус;
5. Дефицитарный социальный статус;
6. Уровень мотивации на полноценное прохождении МСР.

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия: адаптация к условиям, содержанию и графику работы реабилитационного отделения; идентификация наркотических веществ и их метаболитов в моче с проведением предтестового и послетестового психологического консультирования; мотивационная работа, направленная на активное участие в реабилитационной программе в условиях терапевтического сообщества; программы профессиональной ориентации; культурно-развлекательные программы; спортивно-оздоровительные программы; волонтерское движение.

Основные психотерапевтические мероприятия: групповая психотерапия, основной целью которой является развитие свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости; программа социально-психологических тренингов; семейное консультирование, семейная психотерапия, групповая психотерапия со значимыми другими лицами; противорецидивная психотерапия, противорецидивные тренинги; формирование нормативной системы ценностей; создание позитивного жизненного сценария. Данные мероприятия реализуются через техники интегративно-развивающей, групповой психотерапии; адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, трансактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии; через программу социально-психологических тренингов, а также через взаимодействия в условиях терапевтического сообщества.

- Алгоритм терапии нейролептиками:  
с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к наркотику, коррекции поведения препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сут); клозапин (азалептин) 100 – 200 мг/сут; рисперидон (рисполепт) 4-6 мг/сут в форме раствора; хлорпромазин (аминазин) 50 – 200 мг/сут.
- Алгоритм терапии антиконвульсантами:  
для купирования патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмоциотропными свойствами: карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сут; вальпроат натрия в дозе 450 - 900 мг/сут.
- Алгоритм терапии антидепрессантами:  
с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках.
- Алгоритм терапии синдрома патологического влечения к наркотику:  
при обострении патологического влечения назначаются препараты, купирующие патологическое влечение и связанные с ним аффективные и поведенческие расстройства. Препаратами выбора являются нейролептики – галоперидол, клозапин (азалептин), рисперидон (рисполепт); антидепрессанты - кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин; антиконвульсанты - карбамазепин, вальпроат натрия. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).
- Алгоритм терапии диссомнических расстройств:  
препаратами выбора являются снотворные 3-го поколения - зопиклон (имован), производные бензодиазепинов (0,5 % раствор диазепам 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты. В случае отсутствия эффекта целесообразно назначение нейролептиков (клозапин).
- Алгоритм терапии астенического (неврастенического) синдрома:  
с целью редукции повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности эмоциональных реакций препаратами выбора являются имипрамин 25 – 150 мг/сут, флуоксетин 20 – 40 мг/сут, показаны ноотропы, витамины (В1, В6, В12 и др.), аминокислоты, а также оправдано назначение гепатопротекторов. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).
- Алгоритм терапии ноотропами:

применение ноотропов проводится с целью улучшения концентрации внимания, памяти, продуктивности мышления, умственной работоспособности. Препаратом выбора является парацетам в средней суточной дозе 0,8 - 2,4 г.

- Алгоритм терапии интеллектуально-мнестических расстройств: назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций - ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности, препаратами выбора являются: ноотропы (парацетам), аминокислоты (глутаминовая кислота), витамины (В1, В6, В12, аскорбиновая, никотиновая кислота). Физиотерапия (акупунктура, электросон).
- Алгоритм терапии обезболивающими препаратами: резидуальные болевые ощущения в структуре постабстинентных нарушений купируются ненаркотическими анальгетиками (диклофенак, кеторолак).

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*преднизолон 5 мг, таб.
2. \*диазепам 10 мг, таб.
3. \*диазепам 0,5% - 2мл, амп.
4. \*трамадол 50 мг/1 мл амп
5. \*трамадол 50 мг капс
6. \*рисперидон раствор, мл флак
7. \*хлорпромазин 2,5% -2мл амп.
8. \*галоперидол 0,5% -1мл амп
9. \*тригексифенидил 2 мг таб
10. \*натрия оксibuтират 20% -10мл амп
11. \*клозапин 25 мг таб
12. \*амитриптилин 25мг таб
13. \*амитриптилин 2,5% - 2мл амп
14. \*парацетам 20%- 5 мл амп
15. \*парацетам 400 мг таб
16. \*винпоцетин 5 мг таб
17. \*винкамин 2 мл амп
18. \*метоклопрамид 10 мг таб
19. \*селимарин + фумарин капс.
20. \*тиамин 5% -1 мл амп
21. \*пиридоксин 5% -1 мл амп
22. \*декстроза, р-р для в/в инфуз. 5% 200 мл флак
23. \*натрия хлорид 0,9% р-р для в/в инфуз 200 мл флак

24. налтрексон 50 мг таб

25. \*70% спирт 200 мл

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*имипрамин 25 мг таб

2. \*карбамазепин 200 мг таб

3. \*депротеинизированный гемодериват из телячей крови 80мг 2,0 мл амп

4. \*циннаризин 25 мг таб

5. \*парацетамол 500 мг таб

6. \*аминофиллин 2,4% 5,0 мл

7. \*ципрофлоксацин 500 мг

8. \*гентамицин 4% 1,0 мл амп

9. \*цефазолин 1,0 амп

10. \*ко-тримаксозол 480 таб

11. \*нистатин 500 тыс. ед. таб

12. \*метронидазол 250 мг таб

13. \*бисакодил 5 мг таб

14. \*никотиновая кислота 1% 1,0 мл амп

15. \*цианокобаламин 0,05% 1,0 мл амп

16. \*кислота аскорбиновая 5% 1,0 мл амп

17. \*токоферола ацетат 30%-1 мл амп

18. \*фуросемид 1% 2,0 мл амп

19. \*гидрохлортиазид 25 мг таб

20. \*диклофенак натрия 3,0 мл амп

21. \*диклофенак натрия 150мг таб

22. \*прокаин 0,5% 5,0 мл амп

23. \*дротаверин 2,0 мл амп

24. \*дротаверин 40 мг таб

25. \*хлоропирамин 20мг- 1,0 мл амп

26. \*декстран 70 - 200 мл флак

27. \*панкреатин 4500 ЕД таб

28. \*нафазолин 0,1% 10,0 мл флак

29. \*ранитидин 300 мг таб

30. \*уголь активированный 250 мг таб

31. \*атенолол 50 мг таб

32. \*амброксал 30 мг таб.

33. \*лоперамид 2 мг таб

**Критерии перевода на следующий этап лечения:** купирование проявлений постабстинентных расстройств, соматических осложнений, пре-

морбидной патологии; гарантированное (неоднократные отрицательные результаты анализов на наличие наркотиков) воздержание от употребления наркотиков; отсутствие проявлений патологического влечения с нормализацией сна, настроения и поведения; наличие конструктивных форм поведения, расширяющих нормативный круг общения и интересов; наличие установки на отказ от употребления наркотиков и позитивный образ жизни.

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Багищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.
2. Белокрылов Н.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных / В кн.: Руководство по наркологии. – Т. 2, под ред. Н.Н. Иванца, Медпрактика. – М., 2002. – С. 120-172
3. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ. В кн.: Лекции по наркологии, под ред. проф. Иванца Н.Н.: «Нолидж». М., 2000, С. 309-341.
4. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Литера, 2000. – М.: 2002, 254 стр.
5. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). – Москва, 2002. – 105 стр.
6. Воробьев П.А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. № 2, 1999.
7. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Под редакцией члена-корр. РАМН М., 2002, том 1, 2.
8. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. Москва, 2001, С. 98-115.
9. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца), М., 2000, с. 80.
10. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.
11. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 стр.
12. Москаленко В. Созависимость при алкоголизме и наркомании. М., 2002, 112 стр.
13. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии, 1999, № 2, С. 57-61.
14. Пятницкая И.Н. «Наркомании» (руководство для врачей), М., «Медицина», 1994.

15. Рохлина М.Л., Мохначев С.О., Козлов А.А «Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании» (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н.Н.) ,М., 2001, с. 70-85.
16. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа / Анахарсис, 2001. – 48 стр.
17. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология, 2003, № 4, С. 41-44.
18. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## Рассеянный склероз

**Код протокола:** 01-0076

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:** Снижение и восстановление неврологического дефицита, достижение стойкой ремиссии, купирование осложнений, улучшение качества жизни.

**Длительность лечения:** индивидуально

**Код МКБ:** G35 Рассеянный склероз

**Определение:** **Рассеянный склероз (РС)** - хроническое, прогрессирующее, демиелинизирующее заболевание нервной системы, развивающееся на фоне вторичного иммунодефицита, характеризующееся признаками многоочагового поражения белого вещества головного и спинного мозга, приводящее к тяжелой инвалидизации.

**Классификация:**

По течению заболевания:

1. Рецидивирующая - ремитирующая форма между обострениями болезнь не прогрессирует;
2. Первично прогрессивная форма (постоянное прогрессирование неврологических расстройств отмечается с самого начала болезни);
3. Вторично прогрессивная форма (постепенное усиление неврологических расстройств);
4. Прогрессивно - рецидивирующая форма (обострения накладываются на первично прогрессирующее течение)

**Факторы риска:** Встречается преимущественно у лиц молодого возраста (20-40 лет). Чаще болеют женщины. Развитие РС обусловлено взаимодей-

ствием средовых факторов - вирусной инфекцией (например, ретровирусы, вирус кори, краснухи, гриппа), географическим фактором и генетически определяемой восприимчивостью. У прямых родственников больных РС риск возникновения заболевания в 20-50 раз выше, чем в общей популяции.

**Патогенез:** В основе РС лежит универсальный патологический процесс. Он складывается из комплекса иммунопатологических и патохимических реакций, развивающихся в иммуно-компетентных клетках, клетках нервной системы. Иммунные реакции при РС изменяются, как и при других заболеваниях с аутоиммунным компонентом, то есть характеризуются:

- образованием аутоантител;
- функциональной недостаточностью Т-лимфоцитов;
- нарушением равновесия между активностью комплемента и образованием антител;
- образованием иммунных комплексов.

Показателем аутоиммунной природы патологического процесса при РС является уменьшение числа и активности Т-супрессоров в крови в период обострения заболевания. При переходе стадии обострения РС в ремиссию число Т-супрессоров даже превышает нормальный уровень, а в стадии ремиссии эти показатели находятся в пределах нормы.

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:** впервые выявленный рассеянный склероз, обострение заболевания с усилением неврологического дефицита, появление новой очаговой симптоматики, зрительных расстройств, психических нарушений и т.д.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализации:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Магнитно-резонансная томография
4. Консультация офтальмолога

**Критерии диагностики:** Диагностика РС базируется, в основном, на трех основных методах:

- тщательное клиническое наблюдение (признаки многоочагового поражения);
- диагностика с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ);
- нейроиммунологические исследования.

Клинически достоверный диагноз у больных с ремитирующим течением и признаками как минимум двух очагов в белом веществе разных отделов ЦНС.

Вероятный диагноз устанавливается при наличии признаков мультифокального поражения белого вещества, но лишь при одном клинически явном обострении или выявление признаков 1 очага, но анамнестически не менее 2-ух обострений.

Наиболее информативным и перспективным методом топической диагностики РС является МРТ, которая дает возможность прижизненной визуализации многоочаговости поражения ЦНС при РС и в динамике позволяет судить о стадии процесса демиелинизации у конкретного больного. Однако результаты МРТ, взятые изолированно (без учета клинической картины заболевания), не являются абсолютным критерием в постановке диагноза РС.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Консультация офтальмолога (исследование остроты зрения, глазного дна, полей зрения)
4. Магнитно-резонансная томография
5. Биохимический анализ крови

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Анализ цереброспинальной жидкости
2. Компьютерная томография
3. Консультация ревматолога
4. Консультация терапевта
5. Консультация уролога
6. Консультация инфекциониста
7. Электроэнцефалография
8. Электрокардиография

**Тактика лечения:** Лекарственных препаратов, позволяющих излечить РС нет. Главной задачей при терапии РС является достижение стойкой ремиссии, следует помнить, что от своевременно поставленного диагноза в значительной мере зависит эффективность лечения заболевания. Лучшие результаты можно достичь при комбинации лекарственного лечения, реабилитации и соответствующего образа лечения.

Весь комплекс лечебных средств при РС можно подразделить на две основные группы – патогенетические и симптоматические.

Патогенетическое лечение направлено на предупреждение деструкции ткани мозга активированными клетками иммунной системы. Большинство средств этой группы – иммуностропные препараты, которые влияют на иммунорегуляцию, состояние гематоэнцефалического барьера. К ним

относятся: иммуносупрессоры – глюкокортикоиды (метилпреднизолон). Иммуномодуляторы - интерферон - бета-1б или его аналоги (наиболее эффективны, позволяют уменьшить число рецидивов и предотвращают образование новых очагов). Рекомендуемая доза 0,25 мг (8 млн. МЕ), которая содержится в 1 мл приготовленного раствора, вводят подкожно, через день. Статистически достоверные результаты базовых исследований позволили Американской Ассоциации Неврологии дать интерферону бета-1б самый высокий уровень рекомендаций – рекомендации типа А для лечения рецидивирующе-ремиттирующего и вторично-прогрессирующего РС. Лечение должно быть продолжительным патологический процесс при РС остается чувствительным к терапии бета-интерфероном длительное время. Раннее начало лечения препаратами бета-интерферона уменьшает накопление неврологического дефицита и отодвигает наступление инвалидизации.

Пациенты с обострением РС (включая неврит зрительного нерва) должны получать высокие дозы кортикостероидов. Курс должен быть начат как можно раньше: Метилпреднизолон в/в по 1 г в сутки в течение 3 - 5 дней с последующим переходом на прием внутрь преднизолона. В первую неделю больной принимает преднизолон в дозе 1 мг/кг в сутки, а затем проводит быстрое снижение дозы вплоть до полной отмены в течение 1 – 2 недель. Необходимо избегать частого применения (более 3 раз в год) или продолжительного приема кортикостероидов (более чем 3 недели). Если рецидив вызван вирусной или бактериальной инфекцией, нельзя назначать глюкокортикоиды.

В тяжелых случаях рекомендован плазмаферез.

В плане реабилитационной терапии может быть рекомендованы массаж и ЛФК.

#### **Симптоматическое лечение:**

1. Следует уделять внимание поддержанию общего самочувствия, рекомендуют препараты улучшающие микроциркуляцию крови – декстраны на курс лечения 2-3 раза от 200 до 400 мл, ноотропы (пирацетам 20% -5мл на курс лечения от 5 до 10 раз, депротенинизированный гемодериват из телячьей крови драже от 200 до 600 мг или 40 мг внутри мышечно, комплекс пептидов полученных из головы мозга свиньи в дозе от 50,0 до 100,0 мл внутривенно на курс лечения от 5 до 10 инъекций).
2. Спастичность мышц не всегда вредна, она может в определенной степени облегчать передвижение при слабости мышц нижних конечностей. При лечении спастичности мышц назначаются препараты

баклофен (начальная дозировка – 5 мг 2-3 раза в сутки; обычная дозировка – от 20 до 30 мг/сут) или толперизон от 50 до 150 мг/сутки.

3. При нарушении функций мочевого пузыря необходимо назначать адекватное лечение по данным урологического осмотра. Нарушение функций мочевого пузыря может приводить к развитию инфекции мочевыводящих путей. Некоторым больным показаны периодические катеризации, а также промывание мочевого пузыря растворами асептиков и антисептиков. Для контроля частоты мочеиспускания назначается десмопрессин 100-400 мкг перорально или 10-40 мкг интраназально один раз в сутки. При недержании мочи показан оксибутинин от 5 до 15 мг/сутки.
4. При запорах необходимо при помощи слабительных или очистительных клизм добиваться регулярного стула.
5. При диагностике депрессии необходимо назначить антидепрессанты. Консультации и реабилитационные мероприятия необходимо проводить через определенные промежутки времени. При назначении лечения и реабилитационных мероприятий на приеме у врача желательно присутствовать членам семьи больного.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Метилпреднизолон 4 мг, табл, порошок для приготовления инъекционного раствора  
40 мг, 125 мг, 250 мг, 500 мг
2. \*Бетаферон 8 млн МЕ подкожно через день  
Интерферон - бета-1б, стерильный лиофилизированный порошок.

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Баклофен 10 мг, 25 мг, табл
2. \*Толперизон 50 мг драже, 150 мг раствор для инъекций 100 мг
3. \*Декстран, раствор для инфузий во флаконе 200 мл, 400 мл
4. Оксибутинин гидрохлорид 5 мг, табл
5. \*Флуоксетин 20 мг, капс
6. \*Депротенинизированный гемодериват из телячьей крови 200 мг, драже
7. \*Комплекс пептидов полученных из головы мозга свиньи, раствор для инъекций 5, 10 и 20 мл
8. \*Пирацетам 200 мг, табл., раствор для инъекций в ампулах 20% 5 мл
9. \*Винпоцетин 10 мг табл
10. \*Диазепам, раствор для инъекций в ампуле 10 мг 2мл
11. \*Пиридоксин гидрохлорид 200 мг табл

12. \*Тиамин гидрохлорид 100 мг табл
13. \*Цианкоболамин 200 мкг табл
14. \*Токоферол ацетат масляный раствор в ампулах по 1 мл 5%; 10%, в капсулах 50%
15. \*Аскорбиновая кислота раствор для инъекций в ампуле 5%, 10% 2мл, 5 мл
16. Плазмоферез

**Критерии перевода на следующий этап:**

Снижение или восстановление нарушенных функций ЦНС (зрительных расстройств, двигательных, координаторных, чувствительных, тазовых функций, психических нарушений)

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М, 2002 год
2. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко.М.2004
3. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. Выпуск 2.2003
4. Multiple sclerosis. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care National Institute for clinical excellence. 2004.
2. The use of mitoxantrone for the treatment of multiple sclerosis: report of the Therapeutics and Technology assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. 2003.
3. The IFNB Multiple Sclerosis Study Group and the University of British Columbia MS/MRI Analysis Group. Interferon beta-1b in treatment of multiple sclerosis. Final outcome of the randomized controlled trial. Final outcome of the randomized controlled trial // Neurology.- 1995.- V. 45.- P. 1277-1285.
4. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н., Хачанова Н.В. Некоторые вопросы терапии препаратами бета-интерферона // Журнал неврологии и психиатрии. Спец. выпуск: Рассеянный склероз.- 2003.- № 2.-С. 98-102.
5. Gold R. Adherence to treatment: value of patient support. Oral presentation at International Sobering Symposium. Copenhagen, 2004.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## Расстройства личности органической природы

**Код протокола:** 16-162а

**Профиль:** терапевтический (психиатрический)

**Этап:** стационар

**Цель этапа:**

1. Купирование психопатоподобной симптоматики и нивелирование расстройств влечений, улучшение качества жизни;
2. Обеспечение социальной помощи психически больным;
3. Проведение различных экспертиз;
4. Подбор терапии;
5. Окончание сроков принудительного лечения (по решению суда).

**Длительность лечения:**

30-60 дней – зависит от резистентности состояния, социальных факторов.

Возможно изменение сроков длительности лечения в соответствии с законодательными и нормативно-правовыми актами Республики Казахстан.

- отказ от лечения (ст.12 «Отказ от лечения», ЗРК от 16.04.1997г. № 96-1) – на любом этапе лечения;
- принудительное лечение (может быть прекращено только по решению суда – сроки не ограничены);
- различные экспертные вопросы (МСЭК-4 месяца, судебно-психиатрическая экспертиза-30 дней, военная экспертиза – 30 дней, по линии общественно-консультативного экспертного совета- 30 дней);
- возможно побег.

**Коды МКБ:**

F – 07.0. Органические расстройства личности

F – 07.1. Постэнцефалитический синдром

F - 07.2. Посткоммоционный синдром

F – 07.8. Другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга.

F –07.9. Неуточненные расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга (включается психоорганический синдром).

**Определение:** **Органические расстройства личности** – это расстройства вследствие органического повреждения головного мозга, проявляющиеся личностными и поведенческими нарушениями.

**Классификация:** по кодам МКБ-10

**Факторы риска:**

Церебрально-органические поражения по своей природе полиэтиологичны. Наряду с хорошо изученными экстрацеребральными вредностями, такими как ЧМТ, инфекции и интоксикации всё чаще приходится сталкиваться с новыми формами экзогенных заболеваний головного мозга: СПИД, атипичная пневмония, постреанимационная болезнь, новые токсические вещества.

**Поступление:** плановое, неотложное, недобровольное.

**Показания для госпитализации:**

1. Нуждающиеся по своему психическому состоянию в лечебно – восстановительных мероприятиях в условиях стационара – неправильное (неадекватное поведение) вследствие продуктивной симптоматики (психомоторное возбуждение, патологическая импульсивность, депрессивные и маниакальные состояния, суицидальные тенденции, психопатоподобные проявления, неврозоподобные расстройства и т.д.);
2. Социальные показания;
3. Больные, направленные судебными органами в установленном порядке на принудительное лечение;
4. Лица, направленные в установленном порядке на стационарную судебно-психиатрическую, военную экспертизы;
5. Лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, решения других экспертных вопросов;
6. Необходимости подбора терапии.

*Показания для недобровольной госпитализации (ст.29 ЗПК от 16.04.19-97г. № 96-1):*

1. Непосредственная опасность для себя и окружающих;
2. Беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности при отсутствии надлежащего ухода;
3. Существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

*Показания для неотложной госпитализации (приложение № 10 к приказу Комздрава МОК и ЗПК от 13 мая 1998 года № 269):*

1. Суицидальные тенденции;
2. Психопатоподобные синдромы с патологией влечений и повышенной поведенческой активностью;
3. Состояния глубокого психического дефекта, обуславливающие психическую беспомощность, гигиеническую и социальную запущенность, бродяжничество.

Перечисленные выше болезненные состояния, таящие в себе опасность для самого больного и общества, могут сопровождаться внешне правильным поведением.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Консультация психиатра;
2. Флюорография легких (или рентгенография органов грудной клетки легких);
3. Микрореакция (или кровь на RW).

Необходимый объем обследований перед недобровольной и неотложной госпитализацией:

1. Осмотр психиатра, в том числе в приёмном покое психиатрического стационара.

**Критерии диагностики:**

1. Основным является клиническое исследование, куда входят:
  - расспрос;
  - наблюдение;
  - сбор субъективного и объективного анамнеза;
  - изучение творчества больных.
2. Общесоматическое и неврологическое исследование.
3. Экспериментально – психологическое обследование (первичное).
4. Инструментальные методы исследования (ЭЭГ, РЭГ, УЗДГ, Рентген черепа, при необходимости компьютерная томография и др.) в целях верификации патоморфологического субстрата.
5. Лабораторные исследования в целях верификации соматического заболевания.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Определение АЛТ, АСТ;
4. Определение билирубина;
5. Анализ крови на сахар (после 40 лет);
6. Консультация: окулиста (исследование глазного дна);
7. Консультация: терапевта;
8. Консультация: невропатолога;
9. Экспериментально – психологическое обследование (первичное) – диагностика нарушений психических процессов и психических свойств личности в целях распознавания и дифференциальной диагностики психических заболеваний.

### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Экспериментально – психологическое обследование (повторное) – распознавание динамики нарушений психических процессов и психических свойств личности в процессе лечения;
2. Компьютерная томография головного мозга – для дифференциальной диагностики, по назначениям невропатолога;
3. Электроэнцефалография – для дифференциальной диагностики, по назначениям невропатолога;
4. Ультразвуковая доплерография – для дифференциальной диагностики, по назначениям невропатолога;
5. Электрокардиография – выявление сопутствующих кардиологических изменений, а также с учетом кардиотоксичности ряда психотропных препаратов;
6. Флюорография легких – при неотложной или недобровольной госпитализации; с целью профилактики распространения легочных форм туберкулеза (проводить один раз в год);
7. Микрореакция – при неотложной или недобровольной госпитализации; с целью профилактики распространения сифилиса;
8. Исследование кала на диз.группу;
9. Исследование кала на я/г.

### **Тактика лечения:**

Основная тактика лечения органических расстройств личности направлена в первую очередь на купирование психопатоподобного возбуждения, воздействия на эмоциональную и когнитивную сферы, улучшение качества жизни. Для этой цели необходимо применение комплекса препаратов, корректоров поведения и седативным действием антидепрессанты и нормотимики, ноотропы, сосудистые препараты, общеукрепляющие и витаминные препараты. Следует отметить, что подбор психотропных препаратов строго индивидуален, с учетом многообразия клинических проявлений, индивидуальной переносимости пациента на лекарственные вещества.

- Хлорпромазин (амп.) 2,5% - 2,0х3р. в сутки, курсом 10 дней-купирование психомоторного возбуждения (максимальная разовая 150 мг, суточная 100 мг), с возможным последующим переводом на пероральный прием аминазина от 25-50 мг в сутки до достижения терапевтического эффекта (максимальная разовая доза 300 мг, суточная 1500 мг) – упорядочение поведения, с учётом общего антипсихотического воздействия (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить под контролем артериального давления, при

- снижении АД назначают кофеин или кордиамин;
- Левомепромазин при возбуждении начинают с парентерального введения 0,025-0,075 г (1-3 мл 2,5% раствора), при необходимости увеличивают суточную дозу до 0,2-0,25 г в сутки (иногда до 0,35-0,5 г) при в/м введении и до 0,75-0,1 г при введении в вену. По мере терапевтического эффекта парентеральное введение постепенно заменяют на пероральное. Внутрь назначают по 0,05-0,1 г (до 0,3-0,4 г) в сутки. Курсовое лечение начинают с суточной дозы 0,36г внутрь и до терапевтического эффекта. К концу стационарного лечения дозу постепенно уменьшают и назначают для поддерживающей терапии 0,025-0,1 г в сутки – перорально с начальной дозы 25 мг, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта (максимальная разовая доза до 100 мг). Общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, устранение психомоторного возбуждения, тревоги (возможно введение в/в капельного на физиологическом растворе). Препарат следует вводить под контролем артериального давления, при снижении АД назначают кофеин или кордиамин;
  - Клозапин назначают внутрь после еды, 2-3 раза в день. Начальная доза 25 мг 2-3 раза в сутки, с последующим повышением до оптимального терапевтического эффекта в среднем 200-400 мг в сутки (максимально до 600 мг) – общее антипсихотическое действие, выраженный седативный эффект, не вызывает общего сильного угнетения, как аминазин и другие алифатические фенотиазины.
  - Флуоксетин при адинамических депрессиях, начиная с 20 мг утром с повышением дозы до 60 мг. В отличие от amitриптина и мелипрамина не вызывает затруднения при мочеиспускании, не оказывает кардиотоксического действия, удобен в применении, применяется 1 раз в сутки.
  - Милнаципран – капсулы 50 мг 2 раза в сутки, при отсутствии терапевтического эффекта возможно повышение дозы до 200 мг в сутки (100 мг 2 раза) (рекомендуемые терапевтические дозы 50-150 мг в сутки) оказывает сбалансированное действие на депрессивные состояния различной степени тяжести, минимизация побочных эффектов, возможность назначения у пациента с сопутствующими соматическими заболеваниями.
  - Вальпроевая кислота 300 мг до 1200 мг в качестве нормотимика.
  - Рисперидон – оральная форма 30 мг (1 мл-1 мг), начальная доза 2 мг в сутки, средняя терапевтическая доза 4-6 мг не всегда требует назначений, дополнительного применения корректоров. Воздействие на

волевою и когнитивную сферы, а также сопутствующие аффективные расстройства. Благодаря сбалансированному дофамино-серотониноэргическому антагонизму, позволяет достичь глубокой ресоциализации пациентов, удлинению сроков ремиссии, сокращает количество обострений и сроки стационарного лечения. Улучшение качества жизни и лучшей социальной адаптации.

- Тиоридазин до 100 мг в сутки, который уменьшает раздражительность, агрессивность, обладает мягким эффектом, не вызывает сонливости, вялости, заторможенности. Назначают после еды внутрь, начальная доза составляет от 10 до 40 мг в сутки, с постепенным повышением дозы до 100-150 мг в сутки.
- Диазепам до 40-60 мг в сутки, чаще при возбуждении и при бессоннице. Начальная доза от 10 мг в/м до 60 мг в сутки.
- Пирацетам для активизации интегративных механизмов мозга, повышение резистентности головного мозга к повреждающим, особенно гипоксическим воздействиям, при ослаблении интеллектуально-мнестической сферы по 15,0 в/в на физрастворе 200,0 и до 1600 мг в сутки в капсулах.

В лечении необходимо применение различных видов и форм психотерапии:

1. Групповая, которая должна включать в себя:
  - поведенческая психотерапия - в целях адаптации пациента в современных условиях, развитие навыков, для облегчения ресоциализации;
  - когнитивная – осознания заболевания, болезненности болезненных переживаний, необходимости приема лечения и т.д.;
  - группы общения, поддержки - улучшение качества жизни.
2. Семейная психотерапия – работа с родственниками пациентов:
  - системная – необходимость обучения поведения членов семьи пациента в соответствии с клиническими проявлениями;
  - стратегическая – возможные перспективы у пациента, как добиться наиболее благоприятных перспектив;
  - рациональная – информация о заболевании, возможные исходы и т.д.
3. Индивидуальная (как правило, рациональная).

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \* Хлорпромазин 2,5% раствор - 2 мл; драже, таблетки 0,025; 0,05
2. Левопромазин 2,5% раствор - 1 мл; таблетки 0,025
3. \*Клозапин таблетки 0,025, 0,1
4. \*Флуоксетин капсулы 0,02
5. Милнаципран капсулы 0,025, 0,05

6. \*Вальпроевая кислота таблетки 0,3, 0,5
7. \*Рisperидон раствор для приема внутрь 30 мл (1 мл-1 мг)
8. Тиоридазин драже 0,01; 0,025; 0,1
9. \*Диазепам 10 мг – 2 мл (ампулы)
10. \*Диазепам таблетки 0,01; 0,005
11. \*Пирацетам амп. 20% - 10 мл;
12. \*Пирацетам капсулы, таблетки 0,4

**Перечень дополнительных медикаментов:** нет

**Критерии перевода на следующий этап:**

Достижение терапевтической (медикаментозной) ремиссии, подбор поддерживающей терапии, окончание экспертных вопросов, принудительного лечения, решение социальных вопросов.

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Г.И.Каплан, Б.Дж. Сэдок. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии. Т 1. – Москва «Медицина», 1994.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
3. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине 2 – е издание, 2002.
4. Руководство по психиатрии / Под редакцией А.С. Тиганова, Т 1-2. – Москва «Медицина», 1999.
5. Общая психопатология (Руководство для врачей)/Под руководством Н.Т.Измайловой.
6. Джекобсон Дж., Джекобсон А. Секреты психиатрии. Москва – 2005.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## Сахарный диабет, декомпенсация без специфических осложнений

**Код протокола:** 10-1046

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:** определение тактики ведения пациента, подбор адекватной дозы сахароснижающих препаратов, обучение больного, клиническое улучшение состояния больного, улучшение показателей углеводного обмена

**Длительность лечения:** 12 дней

**Коды МКБ:**

E10 Инсулинозависимый сахарный диабет

E11 Инсулинонезависимый сахарный диабет

E12 Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания

E 13 Другие уточненные формы сахарного диабета

E 14 Сахарный диабет неуточненный

**Определение:** Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом дефектов секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

### Классификация: ВОЗ, 1999

Тип СД	Характеристика заболеваний
<b>Сахарный диабет 1 типа</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Аутоиммунный</li><li>● Идиопатический</li></ul>	Деструкция β-клеток поджелудочной железы с развитием абсолютной инсулиновой недостаточности
Сахарный диабет 2 типа	Преимущественная инсулинорезистентность и относительная инсулиновая недостаточность или преимущественный дефект секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее
Гестационный сахарный диабет	Возникает во время беременности и заканчивается после ее окончания
Другие типы сахарного диабета	<ul style="list-style-type: none"><li>● Генетические дефекты функции β-клеток</li><li>● Генетические дефекты в действии инсулина</li><li>● Болезни экзокринной части поджелудочной железы</li><li>● Эндокринопатии</li><li>● Диабет, индуцированный лекарствами или химикалиями</li><li>● Диабет, индуцированный инфекциями</li><li>● Необычные формы иммуно-опосредованного диабета</li><li>● Другие генетические синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом</li></ul>

СД 1 типа (СД 1) – полиэтиологический синдром, обусловленный абсолютным дефицитом инсулина, приводящим к нарушению углеводного, а затем и других видов метаболизма. СД 1 развивается в результате аутоиммунного разрушения инсулинпродуцирующих клеток поджелудочной железы (аутоиммунный вариант) или спонтанно (идиопатический вариант). Заболевание чаще развивается у лиц до 30 лет (в 20-25% случаев позднее).

СД 2 типа (СД 2) – хроническое заболевание, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью либо преимущественным дефектом секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее. Обычно диагностируют у лиц старше 35-40 лет. СД 2 составляет около 80% всех случаев СД.

#### Определение степени тяжести сахарного диабета

<ul style="list-style-type: none"> <li>Сахарный диабет легкого течения*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Хороший метаболический контроль достигается без применения сахароснижающих препаратов</li> <li>Нет микро- и макрососудистых осложнений диабета</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Сахарный диабет средней степени тяжести</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Для контроля гликемии необходимы сахароснижающие препараты</li> <li>Начальные проявления специфических осложнений диабета</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Сахарный диабет тяжелого течения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Выраженные проявления специфических осложнений диабета с нарушением трудоспособности</li> <li>Лабильное течение СД 1 типа</li> </ul>

\* Легкого течения СД 1 типа не бывает

#### Факторы риска:

Факторы риска СД 1: отягощенная наследственность по СД 1, некоторые инфекционные заболевания (краснуха, грипп и т.д.)

Факторы риска СД 2: отягощенная наследственность по СД 2, ожирение, АГ, гестационный СД в анамнезе, дети, родившиеся массой 4,0 кг и более, женщины, родившие детей массой 4,0 кг и более.

#### Факторы риска декомпенсации СД 1 и СД 2:

Поздняя диагностика заболевания

Несоблюдение рекомендаций врача (нарушение диеты, приема сахароснижающих препаратов, в т.ч. инсулина)

Присоединение интеркуррентных заболеваний

**Поступление:** плановое или экстренное

#### Показания для госпитализации:

1. Впервые выявленный сахарный диабет 1 типа
2. Декомпенсация СД 1 или СД 2 при неэффективности амбулаторного лечения
3. Тяжелые гипогликемические или постгипогликемические состояния

4. Гиперосмолярная, молочнокислая комы
5. Прогрессирование осложнений СД 1 или СД 2
6. Экспертиза тяжести заболевания для МСЭК

**Необходимое обследование перед плановой госпитализацией:**

1. Определение уровня гликемии
2. Определение кетонурии
3. ОАК
4. ОАМ
5. ЭКГ
6. ФГ органов грудной клетки (по показаниям – R-графия)
7. Микрореакция
8. Осмотр окулиста

**Критерии диагностики:**

СД 1 типа обычно имеет яркое манифестное начало: жажда, полиурия, снижение веса, слабость и т.д. Этот тип диабета более характерен для лиц молодого возраста, в т.ч. детей.

В отличие от диабета 1 типа, СД 2 типа, как правило, начинается исподволь, незаметно для больного и врача. Симптомы обычно неспецифичны и могут встречаться также при многих других заболеваниях: слабость, недомогание, снижение работоспособности, апатия. СД 2 типа чаще встречается у пожилых людей с избытком массы тела. Однако в последние годы отмечено учащение заболевания у детей.

Показания к исследованию состояния углеводного обмена:

1. Наличие сахарного диабета у родственников первой линии родства
2. Ожирение
3. Дети, родившиеся массой 4,0 кг и более
4. Женщины, родившие детей массой 4,0 кг и более
5. Женщины с гестационным диабетом в анамнезе
6. АГ  $\geq 140/90$  мм. рт. ст.
7. Гипергликемия в анамнезе
8. Наличие сердечно-сосудистых расстройств
9. Наличие жажды, полиурии, похудания, рецидивирующих гнойно-воспалительных расстройств

**Диагностические критерии СД и других нарушений углеводного обмена  
(ВОЗ, 1999)**

КОНЦЕНТРАЦИЯ ГЛЮКОЗЫ, ммоль/л			
	Цельная кровь		Плазма
	Венозная	Капиллярная	Венозная
	НОРМА		
Натощак и через 2 ч. после ГТТ	3,3-5,5	3,3-5,5	4,0-6,1
	<6,7	<7,8	<7,8
<b>САХАРНЫЙ ДИАБЕТ</b>			
Натощак или через 2 ч. после ГТТ или через 2 ч. после приема пищи (постпрандиальная гликемия) или случайное определение гликемии в любое время дня вне зависимости от времени приема пищи	≥6,1	≥6,1	≥7,0
	≥10,0	≥11,1	≥11,1
	≥10,0	≥11,1	≥11,1

## Стратегия диагностики и лечения сахарного диабета

Как при наличии классических симптомов (жажда, полиурия, слабость, похудание), так и при их отсутствии диагностика сахарного диабета должна осуществляться по следующему алгоритму.

Определение глюкозы капиллярной крови (из пальца) утром натощак и через 2 часа после еды

Гипергликемия ( $\geq 6,1$ ммоль/л натощак и/или $\geq 11,1$ ммоль/л через 2 часа после еды)	
Повторить исследование еще раз	
Гипергликемия ( $\geq 6,1$ ммоль/л натощак и/или $\geq 11,1$ ммоль/л через 2 часа после еды)	
У больного – САХАРНЫЙ ДИАБЕТ Определение типа диабета	
Молодой возраст, острое начало (жажда, полиурия, похудание, наличие ацетона в моче)	Ожирение, АГ, малоподвижный образ жизни, наличие СД у ближайших родственников
Вероятно, сахарный диабет 1 типа	Вероятно, сахарный диабет 2 типа
Низкий уровень ИРИ и С-пептида в крови, высокий титр специфических антител: GAD, IA-2	Нормальный, повышенный или незначительно сниженный уровень ИРИ и С-пептида в крови, отсутствие специфических антител: GAD, IA-2
Сахарный диабет 1 типа	Сахарный диабет 2 типа
<ul style="list-style-type: none"> <li>√Планирование питания</li> <li>√Пожизненная заместительная инсулинотерапия по интенсифицированной схеме</li> <li>√Физические нагрузки</li> <li>√Обучение</li> <li>√Самоконтроль</li> <li>√Обучение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>√Диета</li> <li>√В большинстве случаев сахароснижающие таблетки</li> <li>√По показаниям инсулинотерапия</li> <li>√Физические нагрузки</li> <li>√Самоконтроль</li> </ul>

*Примечание:* гликемия натощак  $< 6,1$  ммоль/л при перечисленных выше состояниях является показанием для проведения теста на толерантность к глюкозе.

### Критерии компенсации углеводного обмена при СД 1 типа

ПОКАЗАТЕЛЬ		Компенсация	Субкомпенсация	Декомпенсация
HbA1C, %		6,0-7,0	7,1-7,5	>7,5
Глюкоза в крови, ммоль/л	Гликемия натощак	5,0-6,0	6,1-6,5	>6,5
	Через 2 ч после еды	7,5-8,0	8,1-9,0	>9,0
	Гликемия перед сном	6,0-7,0	7,1-7,5	>7,5

### Критерии компенсации углеводного обмена при СД 2 типа

ПОКАЗАТЕЛЬ		Компенсация	Субкомпенсация	Декомпенсация
HbA1C, %		6,0-6,5	6,6-7,0	>7,0
Глюкоза в крови, ммоль/л	Гликемия натощак	5,0-5,5	5,6-6,5	>6,5
	Постпрандиальная гликемия (через 2 ч после еды)	<7,5	7,5-9,0	>9,0
	Гликемия перед сном	6,0-7,0	7,1-7,5	>7,5

### Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови (с лейкоцитарной формулой) – 1 раз
2. Общий анализ мочи – 1 раз
3. Определение уровня глюкозы:
  - Проведение гликемического профиля (натощак, через 2 часа после завтрака, перед обедом, через 2 часа после обеда, перед ужином, через 2 часа после ужина, перед сном – в 22.00, в 3.00 ночи) – 3 раза
  - При необходимости почасовой контроль гликемии до стабилизации состояния (10 – 15 определений).
4. Определение уровня общего холестерина – 1 раз
5. Определение уровня триглицеридов – 1 раз
6. Определение микроальбуминурии – 1 раз
7. Определение креатинина – 1 раз

### Перечень дополнительных диагностических мероприятий (по показаниям):

1. Определение гликированного гемоглобина
2. Определение билирубина
3. Электрокардиография
4. УЗИ органов брюшной полости

5. Допплерометрия сосудов нижних конечностей
6. Р-графия органов грудной клетки
7. Консультация окулиста

#### **Тактика лечения СД 1:**

1. Питание: стол №9, низкокалорийная диета соответственно суточной потребности пациента в энергии (рекомендуется расчет по эквивалентам).
2. Инсулинотерапия

#### **Рекомендуемые режимы введения инсулина**

- √ Базис – болюсный режим (интенсифицированная терапия): перед завтраком, обедом и ужином – инсулин короткого или ультракороткого действия, перед завтраком и перед сном (или перед ужином) – в равных дозах инсулин средней продолжительности действия.
- √ Перед завтраком, обедом и ужином – инсулин короткого или ультракороткого действия, перед завтраком или перед сном – беспииковый инсулин.
- √ Перед завтраком, обедом и ужином – инсулин короткого или ультракороткого действия, перед завтраком, обедом и перед сном – инсулин средней продолжительности действия.
- √ В отдельных случаях: перед завтраком и ужином – НовоМикс30, перед обедом – инсулин короткого или ультракороткого действия.

По показаниям: интенсивная инсулинотерапия (внутривенное введение растворов инсулина 0,1 ЕД/кг с помощью инфузомата) или дробное введение инсулина короткого действия через каждые 3-4 часа под контролем уровня гликемии.

#### 3. Другие лекарственные средства:

По показаниям: гипотензивная терапия, низкомолекулярные гепарины, антибиотикотерапия с противогрибковыми препаратами, лечение дислипидемии. При наличии осложнений диабета (нефропатии, нейропатии, ретинопатии, гепатоза и т.д.) – лечение по стандарту СД с наличием специфических осложнений; при наличии сопутствующих заболеваний – лечение по протоколу соответствующего заболевания.

#### 4. Обучение больного

#### **Тактика лечения СД 2:**

1. Питание: стол №9, при избыточной массе тела – субкалорийная диета (1200 – 1500 ккал/сут), при нормальной массе тела – низкокалорийная диета соответственно суточной потребности пациента в энергии (рекомендуется расчет по эквивалентам).
2. Сахароснижающая терапия:

## Общая стратегия лечения пациентов с СД 2

### Установление диагноза СД 2

### Оптимизация образа жизни

(диета, физическая нагрузка при отсутствии противопоказаний, гипохлипидемическая терапия, прекращение курения, самоконтроль)

*Отсутствие эффекта в течение 1-1,5 месяцев*

### Пероральная монотерапия

*Отсутствие эффекта в течение 1-1,5 месяцев*

### Пероральная комбинированная терапия

*Отсутствие эффекта в течение 1-1,5 месяцев*

### Инсулиноterapia

(монотерапия; комбинация с ПСП)

### Механизм действия пероральных сахароснижающих препаратов

ГРУППА ПРЕПАРАТОВ	МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ
● Препараты сульфонилмочевины	● Стимуляция секреции инсулина
● Меглитиниды и производные фенилаланина	● Стимуляция секреции инсулина (быстродействующие)
● Бигуаниды	● Снижение продукции глюкозы печенью ● Снижение инсулинорезистентности
● Тиазолидиндионы (глитазоны)	● Снижение инсулинорезистентности ● Снижение продукции глюкозы печенью
● Ингибиторы $\alpha$ -глюкозидазы	● Снижение всасывания глюкозы в кишечнике

## Выбор таблетированных сахароснижающих препаратов при СД 2 типа

<b>ГИПЕРГЛИКЕМИЯ</b>	
Только натощак + ожирение	Только после еды или натощак и после еды
Предпочтительны бигуаниды (препараты метформина) и тиазолидиндионы, ингибиторы $\alpha$ -глюкозидазы	Предпочтительны стимуляторы секреции инсулина (производные сульфонилмочевины и бензойной кислоты)
При недостаточном влиянии на постпрандиальную гликемию добавить стимуляторы секреции инсулина (производные сульфонилмочевины или бензойной кислоты), в отдельных случаях – препараты инсулина короткого или ультракороткого действия <b>Инсулинотерапия СД 2 типа</b>	При недостаточном влиянии на гликемию натощак добавить бигуаниды (метформин) или тиазолидиндионы, в отдельных случаях - препараты инсулина пролонгированного действия

### Показания:

- Неэффективность диеты, физических нагрузок и максимальной дозы пероральных сахароснижающих препаратов:
  - $HbA1C > 7,5\%$ ;
  - гликемия натощак  $>8,0$  ммоль/л, через 2 часа после еды –  $9,0$  ммоль/л;
  - кетоацидоз;
  - нарастающая потеря массы тела, сочетающаяся с гипергликемией
- Необходимость оперативного вмешательства (временный перевод на инсулинотерапию)
- Беременность и кормление грудью
- По показаниям при интеркуррентных заболеваниях

### 3. Другие лекарственные средства:

По показаниям: гипотензивная терапия, низкомолекулярные гепарины, антибиотикотерапия с противогрибковыми препаратами, лечение дислипидемии, ожирения. При наличии осложнений диабета (нефропатии, нейропатии, ретинопатии, гепатоза и т.д.) – лечение по стандарту СД с наличием специфических осложнений; при наличии сопутствующих заболеваний – лечение по протоколу соответствующего заболевания.

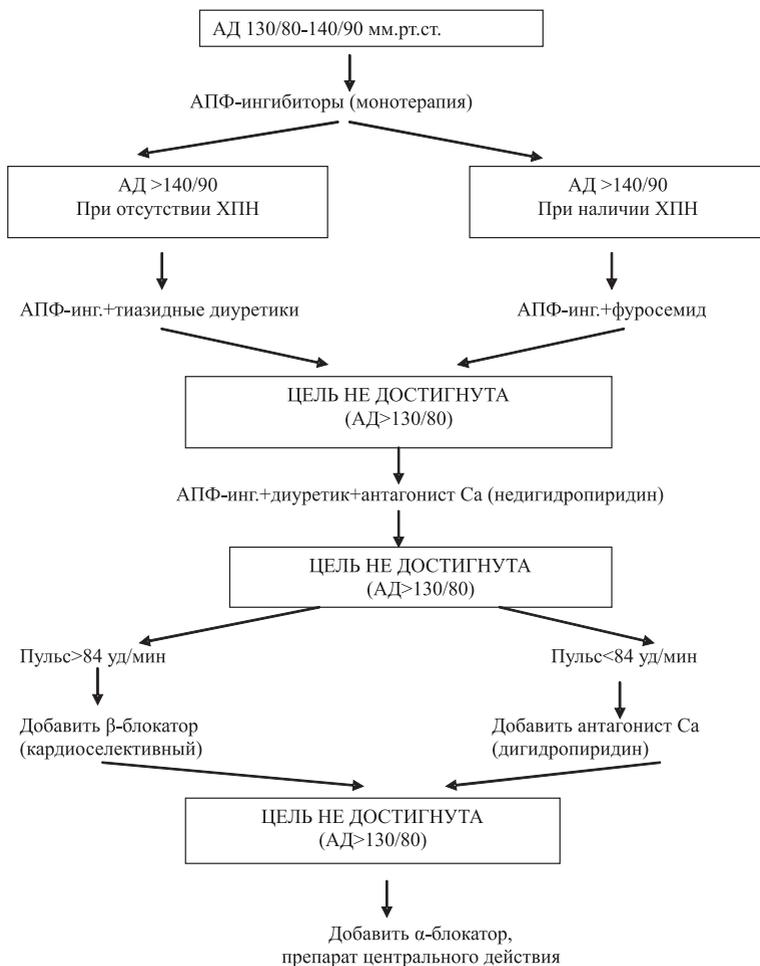
### Препараты инсулина, рекомендуемые к применению у больных сахарным диабетом

Характеристика препаратов инсулина	Торговые наименования препаратов инсулина	Начало действия – через, час	Пик действия - через, час	Длительность действия, час
Ультракороткого действия (аналоги инсулина человека)	Лизпро, Аспарт, Глулизин	0,25	0,5-2	3-4
Короткого действия		0,5	1-3	6-8
Средней продолжительности действия		1,5	4-6	12-14
		1	4-8	18-20
		1	3-4	18-20
Двухфазный аналог инсулина		10-12 мин	1-4	24-30
Готовые инсулиновые смеси	Короткого действия\ длительного действия: 30/70, 15/85, 25/75, 50/50	Смесь инсулина короткого действия и инсулина средней продолжительности действия		
Длительный аналог беспикового действия	Гларгин, Левомир	Плавный без пиков профиль действия в течение суток		

### Целевые значения АД при сахарном диабете

Характеристика заболевания	Значение АД
● Сахарный диабет (неосложненное течение)	<130/80 мм рт.ст.
● Диабетическая нефропатия IV и V стадии	<125/75 мм рт.ст.

## Схема выбора антигипертензивной терапии у больных СД



Добавить α-блокатор,  
препарат центрального действия

#### 4. Обучение больного

#### Перечень основных медикаментов:

1. Препараты инсулина ультракороткого действия (аналоги инсулина человека) лизпро, аспарт, глулизин
2. Препараты инсулина короткого действия

3. \*Препараты инсулина средней продолжительности действия
4. Двухфазный аналог инсулина
5. \*Готовые инсулиновые смеси (короткого действия/длительного действия 30/70, 15/85, 25/75, 50/50)
6. Длительный аналог беспикового действия (гларгин, левомир)

Препараты сульфонилмочевины

7. \*Гликлазид 80 мг, табл
8. \*Гликвидон 30 мг, табл
9. \*Глибенкламид 3,5 мг, 5 мг, табл
10. Глипизид 2,5 мг, табл
11. \*Глимепирид 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг, табл

Меглитиниды и производные фенилаланина

12. \*Репаглинид 0,5 мг, 1 мг, 2 мг, табл
13. Натеглинид 60 мг, 120 мг, табл

Бигуаниды

14. \*Метформин 500 мг, 850 мг, 1000 мг, табл

Тиазолидиндионы

15. \*Пиоглитазон 15 мг, 30 мг, табл
16. Розиглитазон 30 мг, табл

Ингибиторы  $\alpha$ -глюкозидазы

17. Акарбоза 50 мг, 100 мг, табл.

**Перечень дополнительных медикаментов:**

**Гиполипидемические средства**

Статины

1. Симвастатин 10мг, 20мг, табл
2. \*Ловастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг, табл

Фибраты

3. Гемфиброзил
4. Клофибрат

Другие

5. Орлистат 120 мг, капс.
6. Никотиновая кислота 50 мг, табл; \*раствор в ампуле 1% 1 мл

Диуретики

7. \*Гидрохлортиазид 25 мг, 100 мг, табл.
8. \*Фуросемид 40 мг табл., раствор для инъекций 20 мг/ 2 мл в ампуле
9. \*Индапамид 2,5 мг, табл.
10. \*Спиронолактон 25 мг табл., 50 мг капс.

$\beta$ -адреноблокаторы

11. \*Пропранолол 40 мг табл
12. \*Атенолол 50 мг, 100 мг табл
13. \*Метопролол 50 мг табл
14. Карведилол 6,25 мг, 12,5 мг, 25 мг, табл
15. Небиволол 5 мг, табл
16. Бисопролол 5 мг, 10 мг, табл

$\alpha$  -адреноблокаторы

17. Сазозин 4мг, 8 мг, табл

Антагонисты кальция продленного действия

18. \*Нифедипин 10 мг, 20 мг табл
19. Фелодипин 2,5 мг, 5 мг, 10 мг табл
20. \*Амлодипин 5 мг, 10 мг табл
21. Лацидипин 2 мг, 4 мг, табл
22. \*Верапамил 40 мг, 80 мг табл
23. Дилтиазем 90 мг, табл.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

24. Каптоприл 12,5 мг, 25 мг, 50 мг табл
25. \*Эналаприл таблетка 2,5 мг, 10 мг; раствор в ампуле 1,25 мг/1 мл
26. \*Периндоприл 4 мг, табл
27. Квинаприл
28. \*Лизиноприл таблетки 2,5 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг

Антагонисты ангиотензиновых рецепторов

29. Лозартан 25 мг, 50 мг табл
30. Вальсартан 40 мг, 80 мг, 100 мг табл
31. Телмисартан 40 мг, 80 мг, 100 мг табл

Агонисты  $\alpha_2$  -рецепторов

32. \*Клонидин
33. \*Метилдопа 250 мг табл

Агонисты I2 -имидазолиновых рецепторов

По показаниям: низкомолекулярные гепарины, антибиотикотерапия с противогрибковыми препаратами, лечение ожирения (орлистат, сибутрамин, рибонамант).

**Критерии перевода на следующий этап:**

Устранение клинических симптомов декомпенсации диабета и снижение уровня гликемии

**Список литературы:**

1. Management of diabetes National clinical Guidelines Network. 2001.
2. Diabetes; definition, differential diagnosis and classification EBM guidelines. 2004
3. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. American Diabetes Association

/Diabetes care, volume 28, 2005

4. The American Association of clinical endocrinologist medical guideline for the management of diabetes mellitus. 2002
5. Health care guideline Institute for clinical systems improvement. 2004.
6. Screening for diabetes mellitus, Adult type 2. US preventive Services Task Force. 2003.
7. University of Michigan health system. Management of type 2 diabetes mellitus.
8. Консенсус по диагностике и лечению сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, метаболического синдрома. Б.Р.Базарбекова, М.Е.Зельцер, Т.Ф.Косенко, Ш.С.Абубакирова. Астана, 2005

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## **Сахарный диабет, диабетический кетоацидоз**

**Код протокола:** 10-104д

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:** нормализация метаболических нарушений (восполнение дефицита инсулина, борьба с дегидратацией и гиповолемическим шоком, восстановление физиологического КЩС, коррекция электролитных нарушений, ликвидация интоксикации, лечение сопутствующих заболеваний, приведших к развитию ДКА).

**Длительность лечения:** зависит от стадии ДКА, средняя – 12 дней

**Коды МКБ:**

E10 Инсулинозависимый сахарный диабет

E11 Инсулинонезависимый сахарный диабет

E12 Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания

E 13 Другие уточненные формы сахарного диабета

E 14 Сахарный диабет неуточненный

**Определение:** Диабетический кетоацидоз (ДКА) – неотложное состояние, развивающееся в результате абсолютного (как правило) или относительного (редко) дефицита инсулина, характеризующееся гипергликемией, метаболическим ацидозом и электролитными нарушениями. Крайнее проявление диабетического ацидоза – кетоацидотическая кома.

## Классификация заболевания:

**ДКА может развиваться при любом типе диабета (по классификации ВОЗ, 1999)**

Тип СД	Характеристика заболеваний
<b>Сахарный диабет 1 типа</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Аутоиммунный</li><li>● Идиопатический</li></ul>	Деструкция $\beta$ -клеток поджелудочной железы с развитием абсолютной инсулиновой недостаточности
Сахарный диабет 2 типа	Преимущественная инсулинорезистентность и относительная инсулиновая недостаточность или преимущественный дефект секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее
Гестационный сахарный диабет	Возникает во время беременности и заканчивается после ее окончания
Другие типы сахарного диабета	<ul style="list-style-type: none"><li>● Генетические дефекты функции <math>\beta</math>-клеток</li><li>● Генетические дефекты в действии инсулина</li><li>● Болезни экзокринной части поджелудочной железы</li><li>● Эндокринопатии</li><li>● Диабет, индуцированный лекарствами или химикалиями</li><li>● Диабет, индуцированный инфекциями</li><li>● Необычные формы иммуно-опосредованного диабета</li><li>● Другие генетические синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом</li></ul>

А также при любой тяжести заболевания:

### Определение степени тяжести сахарного диабета

● Сахарный диабет легкого течения*	<ul style="list-style-type: none"><li>● Хороший метаболический контроль достигается без применения сахароснижающих препаратов</li><li>● Нет микро- и макрососудистых осложнений диабета</li></ul>
● Сахарный диабет средней степени тяжести	<ul style="list-style-type: none"><li>● Для контроля гликемии необходимы сахароснижающие препараты</li><li>● Начальные проявления специфических осложнений диабета</li></ul>
● Сахарный диабет тяжелого течения	<ul style="list-style-type: none"><li>● Выраженные проявления специфических осложнений диабета с нарушением трудоспособности</li><li>● Лабильное течение СД 1 типа</li></ul>

Легкого течения СД 1 типа не бывает

Выделяют стадии ДКА:

1 стадия – кетоз, без нарушений сознания

2 стадия – прекома

3 стадия – кетоацидотическая кома

**Факторы риска ДКА:**

1. Поздняя диагностика СД 1

2. Несоблюдение рекомендаций врача (нарушение диеты, приема сахароснижающих препаратов, в т.ч. инсулина)

3. Присоединение интеркуррентных заболеваний (в т.ч. хирургических)

**Поступление:** экстренное

**Показания для госпитализации:**

Все пациенты с ДКА подлежат обязательной госпитализации в эндокринологическое отделение (взрослое или детское), а при кетоацидотической коме – в отделения интенсивной терапии и реанимации

**Критерии диагностики:**

1. Клинические критерии:

В анамнезе:

- наличие симптомов декомпенсации диабета (полиурия, полидипсия), которые в течение 1-2 дней предшествуют развитию ДКА,
- наличие симптомов ДКА: тошнота, рвота
- наличие причины ДКА: нарушения диеты, прекращение введения инсулина, присоединение интеркуррентного заболевания (кашель, насморк, боли в сердце, высокая температура и т.д.).

При обследовании:

- признаки дегидратации
- дыхание Куссмауля
- запах ацетона в выдыхаемом больным воздухе («моченых яблок») кроме того может быть:
- наличие «абдоминального синдрома»
- признаки сопутствующих заболеваний.

2. Лабораторные критерии:

- гипергликемия, соответствующая критериям декомпенсации диабета
- кетонурия
- кетонемия 10 – 12 ммоль/л
- ацидоз (рН <7,3)
- нарушения водно-электролитного обмена: уровень натрия нормальный или снижен, калия – нормальный или снижен (при анурии повышен), гематокрит повышен, ЦВД снижено

- мочевины и креатинина – повышены в следствие дегидратации и снижения почечного кровотока
- признаки интеркуррентных заболеваний (лейкоцитоз, изменения на ЭКГ, или Р-грамме органов грудной клетки и т.д.)
- гиперкоагуляция

### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

Ежечасно до ликвидации кетоацидоза определяют:

1. Уровень гликемии
2. Уровень рН крови
3. Электрокардиография
4. Измерение АД, пульса, ЧДД (с помощью специального монитора в ОРИТ при коме)

Каждые два часа:

1. Уровень калия и натрия
2. Уровень лактата
3. Уровень кетоновых тел
4. Уровень гемоглобина
5. Уровень гематокрита в крови
6. Коагулограмма, уровень креатинина - при поступлении, далее – по показаниям.

После ликвидации кетоацидоза до стабилизации состояния:

1. Общий анализ крови (с лейкоцитарной формулой) – 1 раз
2. Общий анализ мочи – 1 раз
3. Определение уровня глюкозы:

Проведение гликемического профиля (натощак, через 2 часа после завтрака, перед обедом, через 2 часа после обеда, перед ужином, через 2 часа после ужина, перед сном – в 22.00, в 3.00 ночи) – 3 раза

4. Определение уровня общего холестерина – 1 раз
5. Определение уровня триглицеридов – 1 раз
6. Определение микроальбуминурии – 1 раз
7. Определение креатинина – 1 раз

### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Определение билирубина
2. Анализ ликвора
3. УЗИ органов брюшной полости
4. Допплерометрия сосудов нижних конечностей
5. Р-графия органов грудной клетки, нижних конечностей
6. Консультация окулиста
7. Консультация других специалистов по показаниям (невропатолог, хи-

рург, кардиолог, пульмонолог, фтизиатр и т.д.)

### **Тактика лечения:**

#### 1. Инсулинотерапия ДКА:

- используются инсулины короткого или ультракороткого действия (в виде раствора: в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия 10 ЕД инсулина)
- инсулин вводится только в/в капельно или с помощью линеомата в дозе 0,1 ЕД/кг массы тела в час
- при снижении уровня гликемии до 13-14 ммоль/л доза уменьшается вдвое (снижение гликемии ниже 10 ммоль/л до ликвидации кетоацидоза противопоказано)
- при отсутствии эффекта через 2-3 часа доза увеличивается до 0,15 ЕД/кг массы тела в час, реже до 0,2 ЕД/кг массы тела в час

После ликвидации кетоацидоза до стабилизации состояния: интенсифицированная инсулинотерапия

#### 2. Регидратация:

- начинается сразу после установления диагноза
- в течение первого часа – в/в капельно 1000 мл 0,9% раствора хлорида натрия (при наличии гиперосмолярности и низкого АД – 0,45% раствор хлорида натрия)
- в течение следующих двух часов ежечасно по 500 мл 0,9% раствора хлорида натрия
- в последующие часы не более 300 мл в час
- при сердечной недостаточности объем жидкости уменьшают
- при снижении гликемии ниже 14 ммоль/л физиологический раствор заменяется на 5-10% раствор глюкозы (раствор должен быть теплым)
- детям назначают в/в введение жидкости из расчета: от 150 мл/кг до 50 мл/кг в сутки, в среднем суточная потребность у детей: до 1 года – 1000 мл, 1-5 лет – 1500 мл, 5-10 лет – 2000 мл, 10-15 лет – 2000-3000 мл. в первые 6 часов необходимо ввести 50% суточной расчетной дозы, в следующие 6 часов – 25%, в оставшиеся 12 часов – 25%.

#### 3. Коррекция уровня калия:

- введение хлорида калия при наличии лабораторных или ЭКГ-признаках гипокалиемии и отсутствии анурии назначают незамедлительно.
- при уровне калия в крови ниже 3 ммоль/л – 3 гр сухого вещества КСl в час, при 3-4 ммоль/л – 2 гр КСl в час, при 4-5 ммоль/л – 1,5 гр КСl в час, при 5-6 ммоль/л – 0,5 гр КСl в час, при 6 ммоль/л и более – прекратить введение калия.

#### 4. Коррекция КЩС: восстановление КЩС происходит самостоятельно-

но благодаря регидратационной терапии и введения инсулина. Бикарбонат натрия (сода) вводят только при возможности постоянного контроля за рН, при рН<7,0, но даже в этом случае целесообразность его введения дискутабельна, высок риск алкалоза. При невозможности определения рН введение бикарбоната натрия запрещено.

5. Дополнительная терапия:

- при наличии гиперкоагуляции – низкомолекулярные гепарины
- при наличии гипертензии – гипотензивная терапия
- при гиповолемическом шоке – борьба с шоком
- при наличии интеркуррентных заболеваний, сердечной или почечной недостаточности, тяжелых осложнений диабета – соответствующая терапия

#### Препараты инсулина

Характеристика препаратов инсулина	Наименования препаратов инсулина	Примечания
Ультракороткого действия (аналоги инсулина человека)	Лизпро, Аспарт, Глулизин	Применяются для лечения кетоацидоза и после его ликвидации
Короткого действия		Применяются для лечения кетоацидоза и после его ликвидации
Средней продолжительности действия		Применяются только после ликвидации кетоацидоза
Двухфазный аналог инсулина		Применяются только после ликвидации кетоацидоза
Готовые инсулиновые смеси	Короткого действия/ длительного действия 30/70, 15/85, 25/75, 50/50	Применяются только после ликвидации кетоацидоза
Длительный аналог беспикового действия	Гларгин, Легомир	Применяются только после ликвидации кетоацидоза

#### Перечень основных медикаментов:

18. Препараты инсулина ультракороткого действия (аналоги инсулина человека) лизпро, аспарт, глулизин
19. Препараты инсулина короткого действия
20. \*Препараты инсулина средней продолжительности действия
21. Двухфазный аналог инсулина
22. \*Готовые инсулиновые смеси (короткого действия/длительного дей-

ствия 30/70, 15/85, 25/75, 50/50)

23. Длительный аналог беспикового действия (гларгин, левомир)
24. Растворы для инфузии: \*0,9% раствор хлорида натрия  
\*5% или 10% раствор глюкозы коллоидные растворы
25. \*Калия хлорид, табл
26. Антибиотики широкого спектра действия с противогрибковыми препаратами
27. Низкомолекулярные гепарины

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

При наличии осложнений диабета (нефропатии, нейропатий, ретинопатии, гепатоза и т.д.) – лечение по стандарту СД с наличием специфических осложнений; при наличии сопутствующих заболеваний – лечение по протоколу соответствующего заболевания.

#### **Критерии перевода на следующий этап:**

Ликвидация кетоацидоза, нормализация сознания, снижение уровня гликемии, переход на поддерживающую сахароснижающую терапию.

#### **Список литературы:**

1. Management of diabetes National clinical Guidelines Network. 2001.
2. Diabetes; definition, differential diagnosis and classification EBM guidelines. 2004
3. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. American Diabetes Association /Diabetes care, volume 28, 2005
4. The American Association of clinical endocrinologist medical guideline for the management of diabetes mellitus. 2002
5. Health care guideline Institute for clinical systems improvement. 2004.
6. Screening for diabetes mellitus, Adult type 2. US preventive Services Task Force. 2003.
7. University of Michigan health system. Management of type 2 diabetes mellitus.
8. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко. М.2004
9. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М, 2002
10. Консенсус по диагностике и лечению сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, метаболического синдрома. Б.Р.Базарбекова, М.Е.Зельцер, Т.Ф.Косенко, Ш.С.Абубакирова. Астана, 2005

-препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

## Серопозитивный ревматоидный артрит

**Код протокола:** 08-088a

**Профиль:** терапевтический

**Этап:** стационар

**Цель этапа:**

Уменьшение симптомов воспаления.

Предотвращение деструкции, нарушений функции и деформации суставов.

Достижение ремиссии.

Сохранение качества жизни.

Увеличение продолжительности жизни

**Длительность лечения:** 14 дней

**Коды МКБ:**

M05 Серопозитивный ревматоидный артрит

M06 Другие ревматоидные артриты

**Определение:**

**Ревматоидный артрит** – мультифакториальное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, в развитии которого принимают участие множество факторов: внешней среды, иммунные, генетические, гормональные и др. Характеризуется симметричным хроническим эрозивным артритом (синовитом) периферических суставов и системным воспалительным поражением внутренних органов.

**Классификация:**

Клинико-анатомическая характеристика заболевания:

1. Ревматоидный артрит: полиартрит, олигоартрит
2. Ревматоидный артрит: с висцеритами, с поражением ретикулоэндотелиальной системы, серозных оболочек, легких, сердца, сосудов, глаз, почек, амилоидоз органов, псевдосептический синдром, синдром Фелти.
3. В сочетании с остеоартрозом, ревматизмом, другими диффузными болезнями соединительной ткани.

Кликоиммунологическая характеристика (по результатам пробы на РФ):

-серопозитивный

-серонегативный

Степень активности:

1.Минимальная

2.Средняя

3.Высокая

4.Ремиссия

Течение болезни:

1. Быстро прогрессирующее
2. Медленно прогрессирующее
3. Без заметного прогрессирования (доброкачественная).

Рентгенологическая стадия:

1. Околосуставной остеопороз
2. Остеопороз+ сужение суставной щели (могут быть единичные узур).
3. Распространенный остеопороз, выраженная костнохрящевая деструкция, вывихи, подвывихи, сужение суставной щели, множественные узур.
4. То же + костный анкилоз.

Функциональная активность больного:

0. Сохранена
1. Профессиональная трудоспособность ограничена.
2. Профессиональная трудоспособность утрачена.
3. Утрачена способность к самообслуживанию

Ревматоидный артрит классифицируют исходя из характера начала заболевания, по активности процесса, отдельно рассматривают особые формы РА.

Варианты начала заболевания:

1. Постепенное (течение нескольких месяцев) нарастание боли и скованности, преимущественно в мелких суставах (50%) случаев
2. Моноартрит коленных или плечевых суставов с последующим быстрым вовлечением в процесс мелких суставов кистей и стоп
3. Острый моноартрит крупных суставов, напоминающий септический или микрокристаллический артрит
4. «палиандромный ревматизм», характеризуется множественными рецидивирующими атаками острого симметричного полиартрита суставов кистей, реже коленных и локтевых. Атаки длятся несколько часов или дней и заканчиваются выздоровлением.
5. Острый полиартрит с множественным поражением мелких и крупных суставов, с выраженными болями, диффузным отеком и ограничением подвижности у лиц пожилого возраста
6. Генерализованная полиартралгия, напоминающая ревматическую полимиалгию (обычно в пожилом возрасте).
7. Варианты активности РА:
8. Легкий (артралгии; припухлость/болезненность менее 5 суставов; отсутствие внесуставных проявлений; отсутствие или низкие титры РФ; нормальный или умеренно повышенный уровень СОЭ и СРБ;

отсутствие рентгенологических изменений в мелких суставах кистей и стоп)

9. Умеренно тяжелый (артрит 6-20 суставов; отсутствие внесуставных проявлений; высокие титры РФ; стойкое увеличение СОЭ и СРБ; остеопения, умеренное сужение суставных щелей и небольшие единичные эрозии при рентгенологическом исследовании мелких суставов кистей и стоп;
10. Тяжелый (артрит более 20 суставов; быстрое развитие нарушений функции суставов; стойкое значительное увеличение СОЭ и СРБ; анемия; гипоальбуминемия; высокие титры РФ; внесуставные проявления.
11. Особые варианты РА:
12. Синдром Фелти
13. Болезнь Стилла взрослых

#### **Факторы риска:**

1. Экзогенные факторы: вирусы, бактериальные суперагенты, токсины в т.ч. компоненты табака (7,9)
2. Эндогенные-коллаген типа II, стрессорные белки и др.
3. Неспецифические: травма, аллергены.
4. Генетическая предрасположенность, особенно у кровных родственников, чаще у носителей определенных антигенов класса II, главного комплекса гистосовместимости, особенно HLA-DR1, HLA-DR4.

**Поступление:** плановое

#### **Показания к госпитализации:**

- Подбор базисных противовоспалительных ЛС ( при 1,2,3 степени активности, повышение СОЭ более 30 мм/час+ эрозии суставов).
- Стойкое воспаление суставов (число припухших суставов от 2 и более, обострение болезни), несмотря на лечение базисными противовоспалительными ЛС.
- Наличие или отсутствие внесуставных проявлений (васкулит, поражение лёгких и пр.).
- Подозрение на развитие интеркуррентной инфекции.
- Септический артрит, требующий проведения антибактериальной терапии.

#### **Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Общий анализ крови;
2. Б/х анализ крови;
3. Общий анализ мочи;
4. Кал на скрытую кровь.

### **Критерии диагностики:**

Для диагностики РА используют критерии Американской ревматологической ассоциации (1987 г.)<sup>D</sup>

1. Утренняя скованность — скованность по утрам в области суставов или околосуставных тканей, сохраняющаяся не менее 1 ч.
2. Артрит трёх или более суставов — припухание или выпот, установленный врачом, по крайней мере в трёх суставах. Возможно поражение 14 суставов (с 2 сторон): пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых, суставов запястья, локтевых, голеностопных.
3. Артрит суставов кистей — припухлость по крайней мере одной из следующих групп суставов: запястья, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых.
4. Симметричный артрит — сходное, однако без абсолютной симметрии, двустороннее поражение суставов (пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых, плюснефаланговых).
5. Ревматоидные узелки — подкожные узелки (установленные врачом), локализующиеся преимущественно на выступающих участках тела, разгибательных поверхностях или в околосуставных областях.
6. РФ — обнаружение повышенных титров РФ в сыворотке крови любым методом.
7. Рентгенологические изменения, типичные для РА: эрозии или околосуставной остеопороз, локализующиеся в суставах кистей и стоп и наиболее выраженные в клинически поражённых суставах.

Диагноз РА ставят при наличии не менее 4 из 7 критериев, при этом критерии с первого по четвёртый должны сохраняться по крайней мере в течение 6 нед. Чувствительность данных критериев составляет 91-94%, а специфичность — 89%.

Анамнез и физикальное обследование:

В начале заболевания клинические проявления артрита могут быть выражены умеренно. Обычно наблюдается ухудшение общего состояния (слабость, утренняя скованность, артралгии, похудание, субфебрильная лихорадка, лимфаденопатия), что может предшествовать клинически выраженному поражению суставов.

Поражение суставов может быть разделено на 2 категории:

1. потенциально обратимые (обычно ранние) — синовит;
2. необратимые структурные изменения (более поздние) — эрозии, анкилоз. Наиболее яркий признак воспаления синовиальной оболочки суставов при РА — утренняя скованность, длительность которой обычно коррелирует с выраженностью синовита и составляет не менее часа.

- Кисти: ульнарная девиация пястно-фаланговых суставов, обычно развивающаяся через 1~5 лет от начала болезни; поражение пальцев кистей по типу «бутоньерки» (сгибание в проксимальных межфаланговых суставах) или «шеи лебедя» (переразгибание в проксимальных межфаланговых суставах); деформация кисти по типу «рука с лорнетом».
- Коленные суставы: сгибательная и вальгусная деформация, синовиальная киста на задней стороне коленного сустава (киста Бейкера).
- Стопы: подвывихи головок плюснефаланговых суставов, латеральная девиация, деформация большого пальца.
- Шейный отдел позвоночника: подвывихи в области атлantoаксиального сустава, изредка осложняющиеся компрессией спинного мозга или позвоночной артерии.
- Перстневидно-черпаловидный сустав: огрубение голоса, одышка, дисфагия, рецидивирующий бронхит.
- Связочный аппарат и синовиальные сумки: тендосиновит в области лучезапястного сустава и кисти; бурсит, чаще в области локтевого сустава; киста Бейкера.

Внесуставные (системные) проявления встречаются часто, а в редких случаях могут превалировать в клинической картине.

- Конституциональные симптомы: генерализованная слабость, недомогание, похудание, субфебрильная лихорадка.
- Сердце: перикардит, васкулит, гранулематозное поражение клапанов сердца (очень редко), раннее развитие атеросклероза.
- Лёгкие: плеврит, интерстициальное заболевание лёгких, облитерирующий бронхиолит, ревматоидные узелки в лёгких (синдром Каплана).
- Кожа: ревматоидные узелки, утолщение и гипотрофия кожи; васкулит, сетчатое ливедо, микроинфаркты в области ногтевого ложа).
- Нервная система: компрессионная невропатия, симметричная сенсорно-моторная невропатия, множественный мононеврит (васкулит), цервикальный миелит.
- Глаза: сухой кератоконъюнктивит, эписклерит, склерит, склеромаляция, периферическая язвенная кератопатия.
- Почки: амилоидоз, васкулит, нефрит.
- Система крови: анемия, тромбоцитоз, нейтропения.

Лабораторные изменения

Кровь.

- острофазовые реакции: гипохромная анемия, ускорение СОЭ, увеличение СРВ
- гипергаммаглобулинемия

- гипокомплементемия
- тромбоцитоз
- эозинофилия
- нейтропения (чаще — при синдроме Фелти)
- увеличение активности ферментов печени — АЛТ и АСТ — коррелирует с активностью заболевания и часто ассоциируется с гепатотоксичностью противоревматических ЛС
- увеличение титров IgM РФ, выявляющееся у 70-90% больных.

Высокие титры при РА коррелируют с тяжестью, быстротой прогрессирования и развитием системных проявлений, но данный показатель не является «чувствительным» и «специфичным» для ранней диагностики РА, так как в первые 3 мес заболевания выявляется примерно у 50% больных, а также у 5% здоровых лиц.

Синовиальная жидкость. Снижение вязкости, рыхлый муциновый сгусток, лейкоцитоз (более  $6 \times 10^9/\text{л}$ ), нейтрофилёз (25~90%).

Рентгенологические изменения. Рентгенологическое изучение кистей и стоп является одним из основных методов диагностики и оценки прогрессирования заболевания • околосуставной остеопороз • нечёткость контуров суставных поверхностей • эрозии (или узур) на суставных поверхностях (чаще всего выявляются в области головок пястнофаланговых и плюснефаланговых суставов, особенно — головки пятой плюсневой кости) • остеолит (обширное разрушение суставных поверхностей вплоть до полного исчезновения головок костей мелких суставов кистей и стоп) • анкилоз • подвывихи суставов.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Определение с-реактивного белка
4. Определение ревматоидного фактора
5. Коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв,
6. фибринолитическая активность плазмы, гематокрит)
7. Определение остаточного азота
8. Определение креатинина
9. Определение общего белка
10. Определение белковых фракций
11. Рентгенография кисти в 1 проекции
12. Рентгенография стопы в 1 проекции

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Эхокардиография
2. УЗИ органов брюшной полости
3. Консультация: кардиолог
4. Консультация: инфекционист
5. Консультация: невропатолог
6. Консультация: хирург сосудистой хирургии
7. Консультация: уролог
8. Консультация: гастроэнтеролог

### **Тактика лечения**

#### **Общие рекомендации**

§ Прекращение курения — курение может играть роль в развитии и прогрессировании РА. Выявлена ассоциация между количеством выкуриваемых сигарет и позитивностью по РФ, эрозивными изменениями в суставах и появлением ревматоидных узелков<sup>С</sup>, а также поражением лёгких (у мужчин).

§ Соблюдение сбалансированной диеты, включающей пищу с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, например рыбьего жира (приводит к снижению воспалительной активности РА)<sup>С</sup>, кальция и витаминов, особенно витамина D (снижение риска остеопороза) и фолиевой кислоты (снижение уровня гомоцистеина в сыворотке). Гипергомоцистеинемия особенно часто развивается на фоне лечения метотрексатом и сульфасалазином и может способствовать развитию атеросклеротического поражения сосудов.

§ Поддержание идеальной массы тела.

#### **Медикаментозное лечение**

Медикаментозную терапию РА подразделяют на два вида — противовоспалительную и базисную. Противовоспалительное лечение заключается в применении НПВП, использующихся в качестве симптоматической терапии, и глюкокортикоидных гормонов. Применение НПВП и глюкокортикоидов способствует быстрому уменьшению боли и воспаления в суставах и улучшению функции. Отличительной чертой базисных лекарственных средств является медленное развитие эффекта, основанного на непосредственном влиянии на основные патогенетические механизмы, составляющие сущность РА, что приводит к устранению аутоиммунных нарушений и торможению деструкции суставов. В настоящее время принята концепция раннего назначения базисных препаратов, которые обладают отсроченным эффектом.

## **СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

Основными средствами симптоматической терапии являются НПВП, позволяющие уменьшить боль и воспаление в суставах.

### **Основные положения**

- НПВП не влияют на прогрессирование повреждений суставов и редко полностью подавляют клинические проявления артрита.
- Монотерапию НПВП можно проводить только в течение короткого времени (не более 6 нед) до постановки достоверного диагноза РА. После этого НПВП следует обязательно сочетать с базисными противовоспалительными ЛС.
- Необходим тщательный мониторинг за переносимостью НПВП, особенно со стороны ЖКТ, печени, почек, системы крови (ингибирование функции тромбоцитов), АД.
- НПВП существенно не различаются по эффективности, поэтому выбор конкретного ЛС должен основываться на профиле безопасности и стоимости.
- Эффективность НПВП должна оцениваться в течение 2 недель приёма.
- Селективные ингибиторы ЦОГ2<sup>д</sup> не уступают в эффективности стандартным НПВП, но реже вызывают поражение ЖКТ. Хотя увеличение риска развития тромбозов на фоне лечения этими ингибиторами не доказана, у пациентов со склонностью к тромбообразованию эти ЛС следует применять с осторожностью.
- У пациентов с факторами риска сердечно-сосудистых осложнений НПВП и ингибиторы ЦОГ2 следует сочетать с приёмом низких доз аспирина.

### **ГЛЮКОКОРТИКОИДНАЯ ТЕРАПИЯ<sup>с</sup>**

- При системном применении глюкокортикоиды обычно быстро подавляют воспаление при РА.
- Глюкокортикоидная терапия замедляет прогрессирование деструкции суставов.
- При отсутствии особых показаний доза глюкокортикоидов при РА не должна превышать 10 мг (в пересчёте на преднизолон) в сутки (см. таблицу).
- Глюкокортикоиды при РА следует применять только в комбинации с базисными противовоспалительными ЛС.
- Средние/высокие дозы глюкокортикоидов применяют только при развитии тяжёлых системных проявлений (ревматоидный васкулит) или для купирования некоторых побочных эффектов базисных противовоспалительных ЛС

- А) Низкие дозы глюкокортикоидов: менее 15 мг в сутки (в пересчете на преднизолон)
- Б) Средние дозы глюкокортикоидов: 15-30 мг в сутки
- В) Высокие дозы глюкокортикоидов: более 30 мг в сутки (или более 0,5 мг/кг веса/сут).
- С целью профилактики глюкокортикоидного остеопороза на фоне лечения глюкокортикоидами осязателен приём препаратов кальция (1000-1500 мг) и витамина D (400-800 МЕ), а при необходимости (высокий риск переломов) антиостеопоретических препаратов (алендронат, миакальцик).
- Назначение глюкокортикоидов осуществляет по строгим показаниям только врач-ревматолог.

### ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ

Локальная терапия глюкокортикоидами (инъекции ГКС в мягкие ткани и полость сустава):

- Имеет вспомогательное значение.
- Оказывает влияние только на местное воспаление, причём — временное.
- Показаниями к внутрисуставным инъекциям ГКС являются признаки воспаления в одном или нескольких суставах.
- В опорные суставы (коленный и лучезапястный) не следует делать более 3 инъекций в год, в один и тот же сустав — чаще одного раза в 3 мес.

ЛС	Доза в одной	Эквивалентная доза преднизолона (мг) таблетке
Кортизон *	5	1
Метилпреднизолон*	4	5
Триамцинолон	4	5
Бетаметазон *	0,5	3.3
Дексаметазон*	0,5	3.3

- Для внутрисуставных инъекций используют триамцинолон, метилпреднизолон и особенно бетаметазон. Бетаметазон обладает быстрым (через 1~3 ч после введения) и пролонгированным (до 4~6 нед) противовоспалительным действием, не вызывает местных микрокристаллических реакций, не оказывает дистрофического действия на ткани.
- Бетаметазон\* содержит быстро (бетаметазон динатрия фосфат) и медленно (бетаметазон дипропионат) растворимые соли и в связи с этим обладает быстрым (через 1-3 ч после введения) и пролонгированным (до 4-6 нед) противовоспалительным действием, не вызывает местных микрокри-

сталлических реакций, не оказывает дистрофического действия на ткани.

- Крупные суставы (коленный, плечевой, киста Бейкера) следует вводить по 1 мл препарата, в средние (лучезапястный) — по 0,5 мл, в мелкие (межфаланговые, пястнофаланговые и плюснефаланговые) — по 0,25 мл.

- Для введения в мягкие ткани, плечевой сустав, подакромиальную и вертельную сумки необходимо применять сочетание ГКС с местным анестетиком в соотношении 1:1 или с 0,9% раствором натрия хлорида в том же соотношении (в плечевую или вертельную область в соотношении 1:2-1:5). В другие суставы и сумки ЛС вводят без анестетика.

- Следует использовать иглу как можно меньшего диаметра; процедура должна быть наименее травматичной для суставного хряща.

- Необходимы частичная иммобилизация сустава на 24 ч и исключение физических нагрузок в течение 1 нед после внутрисуставного введения глюкокортикоидов, что повышает эффективность лечения, особенно при введении ЛС в крупные суставы.

- Триамцинолон, оказывающий наиболее длительное действие, следует применять при экссудативных явлениях в крупных суставах (при неэффективности первой инъекции короткодействующих глюкокортикоидов).

- Противопоказания для внутрисуставных инъекций:

А) Острый моноартрит (возможность бактериальной этиологии)

Б) Любые изменения кожи вблизи места пункции

В) Нестабильность опорного сустава.

Базисная противовоспалительная терапия РА позволяет замедлить рентгенологическое прогрессирование РА, снизить потребность в НПВП и ГКС, улучшить качество и продолжительность жизни. Показания к назначению:

-высокие титры РФ.

-выраженное увеличение СОЭ

-поражение более 20 суставов

-внесуставные проявления. (9).

#### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

• Раннее начало лечения базисными противовоспалительными ЛС (не более 3 мес от момента появления симптомов или немедленно после постановки достоверного диагноза РА).

• Активная терапия базисными противовоспалительными ЛС. При неэффективности лечения заменяют ЛС или дополнительно назначают ещё один базисный препарат (комбинированная терапия). Эффективность лечения базисными противовоспалительными ЛС оценивают

индивидуально, желательна в течение 1,5~3 мес.

- Подтверждение диагноза и назначение базисной противовоспалительной терапии проводит специалист-ревматолог. Динамическое наблюдение за эффективностью и безопасностью лечения может осуществляться врачом-терапевтом общей практики.
- Один из принципов базисной терапии РА — неопределённо длительное (часто практически постоянное) применение данных ЛС при условии развития клинического эффекта и отсутствии побочных реакций.

### **Базисные противовоспалительные лекарственные средства**

Метотрексат<sup>А\*</sup>.

Дозы: 7,5-25 мг 1 раз в неделю. Эффект обычно развивается в течение первого месяца лечения. При отсутствии эффекта дозу можно постепенно повысить до 25 мг в неделю. Для профилактики побочных реакций<sup>А</sup> следует назначить фолиевую кислоту. Контрольные лабораторные исследования: определение Нб, количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови, АЛТ и АСТ в сыворотке крови 1 раз в 2 нед в течение первых 2 мес, затем — каждый месяц. Определение содержания креатинина в сыворотке крови каждые 6 мес. Рентгенография грудной клетки перед началом лечения или при появлении кашля или одышки. Временная отмена метотрексата обязательна во время интеркуррентной инфекции.

Лефлуноמיד<sup>В</sup>.

Дозы: первые 3 дня по 100 мг/сут, затем — 20 мг/сут. Эффект развивается через 4—12 нед. Контрольные лабораторные исследования: определение содержания Нб, количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови, АЛТ и АСТ в сыворотке каждый месяц в течение полугода, затем — 1 раз в 4—8 нед. По эффективности и безопасности не уступает метотрексату.

Сульфасалазин<sup>А\*</sup>. Эффект обычно развивается в первые 2 мес лечения. Начальная доза — 500 мг 2 раза в сутки. Через 1 нед суточную дозу повышают до 1,5 г, ещё через неделю — до 2 г/сут. При появлении побочных эффектов дозу можно повышать более медленно или оставить прежней. Контрольные лабораторные исследования: определение содержания Нб, количества лейкоцитов и тромбоцитов, АЛТ и АСТ в сыворотке крови каждые 2 нед в первые 3 мес, затем с интервалом 1 мес.

**Парентеральные препараты золота** (натрия ауротиомалат)<sup>С</sup>.

Препарат вводят в/м 1 раз в неделю в возрастающих дозах: 10 мг, 20 мг, 50 мг до суммарной дозы 1000 мг. Затем назначают по 50 мг каждые 2—4 нед. Лабораторное наблюдение: определение белка в моче перед каждой инъекцией, общий анализ крови (лейкоциты, эозинофилы и тромбоциты)

перед каждой третьей инъекцией, биохимический анализ крови (АЛТ и АСТ) перед каждой шестой инъекцией.

#### **Противомалярийные препараты<sup>A</sup>**

Дозы: гидроксихлорохин\* 5-6 мг/кг / сут, хлорохин 3 мг/кг/сут. Эффект может развиваться через 2-3 мес. Обязательно офтальмологическое исследование 1 раз в 6 мес. Необходимость в контрольных лабораторных исследованиях отсутствует

#### **Циклоспорин<sup>C,\*</sup>**

Дозы: 3~5мг/кг/сут. Эффект обычно начинает развиваться через 1~3 мес и достигает максимума в течение 6 мес<sup>B</sup>. Мониторинг переносимости: уровень креатинина в сыворотке и АД каждые 2 нед в течение первых 2 мес, а затем — ежемесячно.

#### **РЕДКО ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛС**

Другие ЛС (пероральные препараты золота, азатиоприн\*, циклофосфамид\*, хлорамбуцил\*, пеницилламин\*) в настоящее время применяются крайне редко из-за их низкой эффективности, высокой токсичности или плохой переносимости.

#### **Пероральные препараты золота (ауранофин)<sup>B</sup>.**

Дозы: по 3 мг 2 раза в сутки, при неэффективности — увеличение до 9 мг/сут. Лабораторный мониторинг переносимости: определение белка в моче, Нб, количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови каждые 2 нед в течение первых 3 мес лечения, затем — через каждый месяц.

#### **Азатиоприн<sup>C,\*</sup>**

Дозы: 1,5-2,5 мг/кг/сут. Контрольные лабораторные исследования: определение Нб, количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови, АЛТ и АСТ в сыворотке через каждые 2 нед в течение первых 2 мес, затем каждые месяц.

**Циклофосфамид<sup>C,\*</sup>** Дозы: 2-2,5 мг/кг веса/сут, ожидаемый эффект — через 2-3 мес. Контрольные лабораторные исследования: определение содержания Нб, количества лейкоцитов и тромбоцитов в крови, АЛТ и АСТ в сыворотке крови через каждые 2 нед в течение первых 2 мес, затем каждые месяц. Обязательная отмена препарата во время инфекционного заболевания. В настоящее время применяется только для лечения ревматоидного васкулита.

#### **Хлорамбуцил<sup>D,\*</sup>**

Дозы: 4-8 мг/сут. Эффект развивается через 2—3 мес. Лабораторный мониторинг: общий анализ крови с обязательным определением лейкоцитов и лейкоцитарной формулы 1 раз в неделю. Необходима отмена ЛС во время инфекционного заболевания.

### **Пеницилламин<sup>С,\*</sup>**

Дозы: первоначальная — 250-500 мг/сут (в 2 приёма), затем — постепенное увеличение до 750-1000 мг/сут. Эффект развивается через 3~6 мес.

### **БИОЛОГИЧЕСКИЕ АГЕНТЫ**

**Химерные моноклональные АТ к фактору некроза опухоли  $\alpha$  (инф-ликсимаб)<sup>В</sup>.** Стандартная доза: 3 мг/кг (одна инфузия) в/в. Повторные инфузии через 2 и 6 нед, затем — каждые 8 нед. Быстрый клинический и лабораторный эффект, замедление прогрессирования деструкции суставов. Следует назначать больным, резистентным к терапии базисными ЛС, но широкое использование препарата ограничено высокой стоимостью. Лабораторный мониторинг переносимости не предусмотрен. До назначения препарата обязательно исключение латентной туберкулёзной инфекции (реакция Манту, рентгенологическое исследование лёгких).

**С осторожностью** использовать при наличии инфекционного заболевания.

### **ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ЛС**

- Препаратом выбора является метотрексат<sup>А\*</sup>
- На ранних стадиях РА комбинированная лекарственная терапия (в качестве одного из её компонентов обязательно применяется метотрексат) эффективнее монотерапии<sup>В</sup>. Тем не менее, преимущества комбинированной терапии перед монотерапией строго не доказаны. Поэтому начинать лечение РА с комбинированной терапии в настоящее время не рекомендуется.
- При эффективности назначенного ЛС лечение следует продолжать в течение нескольких лет. Возможно снижение дозы, если при этом не наступает ухудшения.
- Выбор ЛС для начальной терапии в зависимости от клинической картины
  - А) Полиартикулярный РА: метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, препараты золота в/м
  - Б) Олигоартикулярный РА: сульфасалазин
  - В) Палиндромный ревматизм: противомалярийные препараты, сульфасалазин, препараты золота
  - Г) РА с системными проявлениями (васкулит): глюкокортикоиды и циклофосфамид.
- При наличии противопоказаний для назначения НПВП, развитии побочных эффектов или их недостаточной эффективности терапию базисными противовоспалительными ЛС можно сочетать с назначением низких доз глюкокортикоидов.

### **Перечень основных медикаментов:**

Нестероидные противовоспалительные средства

Глюкокортикоиды

1. \*Гидрокортизон 2 мл, суспензия для инъекций
2. \*Метилпреднизолон 40 мг, порошок для приготовления инъекционного раствора
3. Триамцинолон
4. \*Бетаметазон 0,1%, мазь, крем
5. \*Дексаметазон 0,5 мг, 1,5 мг, таблетка

Базисные противовоспалительные лекарственные средства

6. \*Метотрексат 2,5 мг, табл
  7. Лефлуномид 10 мг, 20 мг, 100 мг табл
  8. \*Сульфасалазин 500 мг, табл
- Парентеральные препараты золота
9. Натрия ауротиомалат 10 мг, 20 мг, 50 мг табл

Противомаларийные препараты

10. Гидроксихлорохин 200 мг, табл
11. \*Хлорохин 250 мг, табл

Иммуносупрессивные лекарственные средства

12. \*Циклоспорин 25 мг, 100 мг, капс

### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. Пероральные препараты золота  
Ауранофин
2. \*Азатиоприн 50 мг, табл
3. \*Циклофосфамид 50 мг, драже
4. Хлорамбуцил 2 мг, табл
5. \*Пеницилламин, 250 мг, табл; 50 мг, 150 мг, капс
6. \*Метотрексат 2,5 мг, табл

### **Критерии эффективности лечения и окончания пребывания на этапе**

Снижение активации воспалительного процесса

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. М, 2004 год.
2. Клинические рекомендации для практикующих врачей. М, 2002 год.
3. Management of early rheumatoid arthritis, National clinical guideline, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, December 2000.
4. Clinical practice guideline for the management of rheumatoid arthritis. Spanish society of Rheumatology.2001.
5. Н.Н.Кузьмина, А.В.Шайков “ Ювенильный ревматоидный артрит: терминология

гические и классификационные аспекты “Ж. Научно-практическая ревматология”, №1, 2000г.

6. В.А. Насонова, Н.В. Бунчук. Ревматические болезни, М., 1997г.
7. Е.В. Шекшина, Р.М. Балабанова, “Суставной синдром при вирусных гепатитах В и С и ревматоидный артрит: проблемы диагностики и лечения”, Научно-практическая ревматология, №2, 2005г.
8. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Atrhtr. Rheum.*, 1996, 39, 713-722.
9. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Рук-во для практикующих врачей. Под редакцией В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова, Москва, 2003г.

\* - препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

## Сифилис скрытый ранний

**Код протокола:** 18-154a

**Профиль:** терапевтический, специальность - дерматовенеролог

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:** получение полного курса специфического лечения; предупреждение поздних рецидивов

**Длительность лечения:** 28 день

**Коды МКБ:** A51.5 Ранний сифилис скрытый

**Определение:** **Сифилис** - это инфекционное заболевание, характеризующееся иммунологической несостоятельностью, вызываемое бледной трепонемой, передающееся преимущественно половым путем с характерной периодизацией клинических симптомов, способное поражать все органы и системы.

**Сифилис скрытый ранний** - это разновидность сифилиса, принимающая латентное течение с момента заражения, без клинических признаков болезни, с положительными серологическими реакциями с давностью инфекции до 2-х лет.

**Классификация:**

1. Первичный серонегативный сифилис.
2. Первичный серопозитивный сифилис.
3. Вторичный свежий сифилис.
4. Вторичный рецидивный сифилис.
5. Скрытый ранний сифилис, длительностью до 2 лет.
6. Серорецидивный сифилис.
7. Серорезистентный сифилис.

8. Третичный сифилис.
9. Сифилис скрытый поздний. Сифилис (приобретенный) без клинических проявлений с положительной серологической реакцией давностью 2 года и более с момента заражения.
10. Скрытый сифилис неуточненный. Случаи с положительной серологической реакцией на сифилис при невозможности установить сроки заражения. В эту группу включаются лица, начавшие лечение в неустановленной в прошлом стадии сифилиса.
11. Ранний врожденный сифилис. Врожденный сифилис грудного (до 1 года) и раннего детского (до 2 лет) возраста.
12. Поздний врожденный сифилис более 2 лет давности.
13. Скрытый врожденный сифилис.
14. Сифилис нервной системы: ранний- при давности сифилитической инфекции до 2 лет; поздний- при давности сифилитической инфекции свыше 2 лет.
15. Спинальная сухотка.
16. Прогрессирующий паралич.
17. Висцеральный сифилис с указанием пораженного органа.

**Факторы риска:**

Беспорядочные половые контакты, очень редко при непрямом контакте с больным человеком через предметы (зубные щетки, ложки, курительные трубки и т.д.), внутриутробная передача от больной матери ребенку, при прямом переливании крови, через молоко больной кормящей женщины ребенку. Риск развития раннего скрытого сифилиса: прием большого количества антибиотиков по поводу других заболеваний, самолечение, несведомленность о венерических заболеваниях.

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:**

1. Социально-неадаптированные люди; несовершеннолетние, доставляемые из Центра временной изоляции адаптации реабилитации несовершеннолетних (Согласно приказа Агентства РК по делам здравоохранения №695 от февраля 2001г. «О совершенствовании мер борьбы с болезнями, передаваемыми половым путем») с положительными серологическими реакциями.
2. Лица, работающие в организованных коллективах с положительными серологическими реакциями.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:**

1. Общий анализ крови;

2. Общий анализ мочи;
3. Кал на яйца глист;
4. Флюорография;
5. Реакция Вассермана;
6. Исследование крови на ВИЧ (Приказ 89 МЗ РК от 18 марта 1999г. и приказ 575 МЗ РК от 11 июня 2002 г. «Об утверждении правил освидетельствования лиц на ВИЧ-инфекцию»)- подлежат освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию больные с установленными диагнозами сифилис, гонорея, хламидиоз и др. с согласия больного).

#### **Критерии диагностики:**

1. Данные анамнеза: прием в последние 2 года антибиотиков и других антибактериальных препаратов, гемотрансфузии и др., наличие в прошлом высыпных элементов-эрозий, язв, как правило, после случайных половых связей; результаты внешнего осмотра: вторичные остаточные элементы- рубцы, пятна, увеличение регионарных лимфоузлов.
2. Положительные серологические реакции (реакция Вассермана, реакция иммунофлюоресценции, реакция иммобилизации бледных трепонем, иммуноферментный анализ, реакция пассивной гемагглютинации) при отсутствии клинических проявлений.
3. Реакция Герксгеймера-Яриша (повышение температуры) после начала антибиотикотерапии.
4. Относительно быстрая негитивация серологических реакций на фоне специфического противосифилитического лечения.

#### **Перечень основных диагностических услуг:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Исследование крови на ВИЧ
4. ИФА-НВsAg
5. Иммуноферментный анализ (ИФА)
6. Реакция иммунофлюоресценции
7. Кал на я/глист
8. КСР

#### **Перечень дополнительных диагностических услуг:**

1. Консультация терапевт по показаниям
2. Консультация офтальмолог по показаниям
3. Консультация отоларинголог по показаниям
4. Исследование мазков на гонорею, трихомониаз и дрожжевой грибок
5. ИФА хламидиоз по показаниям
6. Иммунограмма

## **Тактика лечения:**

Этиотропная терапия:

Методика 1: Лечение проводится бензатинбензилпенициллином G по 2,4 млн. ЕД на инъекцию, 1 раз в неделю, №3; либо бициллином-1 по 2,4 млн. ЕД на инъекцию, 1 раз в 5 дней, №6.

Методика 2: Лечение осуществляется бициллином-3, вводимым в дозе 1,8 млн ЕД 2 раза в неделю- №10; либо бициллином-5 в разовой дозе 1500000 ЕД, вводимой 2 раза в неделю- №10.

Методика 3: Применяется прокаин-пенициллин в разовой дозе 1,2 млн, ежедневно на курс- №20, либо новокаиновая соль пенициллина по 600000 ЕД 2 раза в сутки- 20 дней.

Методика 4: Терапия осуществляется водорастворимым пенициллином по 1 млн. ЕД через 6 часов 4 раза в сутки в течение 20 дней.

Методика 5 (применяется только при гиперчувствительности, как к антибиотикам пенициллинового, так и цефалоспоринового ряда):

Применяется доксициклин по 0,1 г через 8 часов 3 раза в сутки в течение 30 дней, на курс 9г; либо тетрациклин по 0,5г через 6 часов 4 раза в сутки в течение 30 дней, на курс 60 г. Эритромицин 0,5г на один прием 4 раза в сутки, в течение 30 дней, через 6 часов, на курс 60 г. Азитромицин по 0,5 г через 12 часов 2 раза в сутки, в течение 3-х недель.

Методика 6: Цефазолин по 1,0 г каждые 4 часа 6 раз в сутки, в течение 28 дней.

Методика 7: Цефтриаксон 1,0 x 1 раз в день через день внутримышечно, курсовая доза 10,0гр.

Для профилактики дисбактериоза кишечника назначают противогрибковую терапию итраконазол оральный раствор 200 мг 2 р\сут в течение 21 дня или флуконазол 150мг 1 раз в 3 дня- 2-3 курса.

### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Бензилпенициллин. пор д/и 1000000 ЕД, фл
2. \*Цефазолин 1 г, фл
3. \*Ампициллин 1 г, фл
4. \*Бензатинбензилпенициллин G 2,4 млн ЕД, фл
5. \*Бензилпенициллина новокаиновая соль 600000 ЕД, фл

### **Перечень дополнительных медикаментов:**

4. \*Доксициклин 100 мг, табл
1. \*Эритромицин 500 мг, табл
2. \*Азитромицин 500 мг, табл
3. \*Тетрациклин 100 мг, 200 мг, табл
4. Итраконазол оральный раствор 150 мл – 10 мг\мл

5. \*Флуканозол 150 мг, табл
6. \*Цефтриаксон 1 г, фл
7. Витамины группы В, С
8. Иммуномодуляторы: метилурацил 500 мг табл, циклоферон амп.
9. Биостимуляторы: алоэ, стекловидное тело амп.

**Критерии перевода на следующий этап:** полный курс специфического лечения.

Больные, получившие специфическое лечение, подлежат клинико-серологическому контролю в течение 3-х лет с периодичностью сдачи крови на Реакцию Вассермана 1 раз в 3 мес.

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Syphilis National Guideline Clearinghouse [www. guideline.gov](http://www.guideline.gov).
2. 2002 national guidelines on the management of early syphilis. National Guideline Clearinghouse [www. guideline.gov](http://www.guideline.gov).
3. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. В двух томах. Под редакцией Ю.К.Скрипкина, В.Н. Мордовцева.- М., Медицина, 1999.
4. Лечение и профилактика сифилиса (методические рекомендации). Научно-исследовательский кожно-венерологический институт. Астана, 2004г.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## **Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно – сосудистой системы**

**Код протокола:** 19-1656

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:** исчезновение или значительная редукция клинических проявлений

**Длительность лечения:**

30-40 дней - зависит от резистентности состояния.

Возможно изменение сроков длительности лечения в соответствии с законодательными и нормативно – правовыми актами Республики Казахстан: отказ от лечения (ст. 12 “Отказ от лечения”, ЗРК от 16.04.1997 г. № 96-1) – на любом этапе лечения.

**Коды МКБ:**

F 45 Соматоформные расстройства

F45.0 Соматизированное расстройство

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

F45.2 Ипохондрическое расстройство

- F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция
- F45.4 Хроническое болевое расстройство
- F45.8: Другие соматоформные расстройства
- F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

**Определение: Соматоформные расстройства** – группа расстройств, общим для которой является появление на фоне психосоциального стресса соматических жалоб в отсутствие морфологического изменения соответствующих тканей (во многих случаях обнаруживаются неспецифические и функциональные нарушения). Главным признаком является повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики или дистресса и озабоченности больного.

**Классификация:** по кодам МКБ-10

**Факторы риска:**

Стрессы и дистрессы;

Внутриличностные факторы (алексетимия и др.);

Микросоциальные предпосылки (особенности воспитания и т.д.);

Генетическая предрасположенность;

Нейропсихологическая основа (характерные когнитивные нарушения , ответственные за искажение восприятия и оценки сомато-сенсорной информации);

Культурально-этические предпосылки (бедность степени выраженности дифференцированности эмоций, возможности их психологического выражения и до.)

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:**

1. Выраженность и/или множественность физических симптомов которым не найдено адекватного соматического объяснения.
2. Лица, направленные в установленном порядке на стационарное обследование для уточнения диагноза, экспертизы трудоспособности, решения других экспертных вопросов.
3. Необходимость подбора терапии.

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией**

1. Направление ВКК ПНД (диспансерного отделения) или поликлиники, имеющей в своем составе психотерапевтический кабинет, при наличии соответствующего заключения врача-интерниста и подробной выписки из истории болезни.

2. Флюорография легких (или рентгенография органов грудной клетки легких);
3. Микрореакция (или кровь на RW).

#### **Критерии диагностики:**

Для всех соматоформных расстройств F 45. характерна выраженность физических симптомов, отсутствие объективных данных физической основы для симптоматики.

Для F 45.0: Наличие стойких жалоб на множественные и переменные соматические симптомы в течение не менее 2-х лет.

Для F 45.1: Соматические жалобы множественны, переменны длительны, но в то же время полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается

F 45.2 Наличие стойких постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, сохраняющиеся не менее 6 месяцев и или стойкая озабоченность обнаруживаемым пациентом дисморфофобического уродства, постоянное неверие различным докторам

Для F 45.3: Симптомы вегетативного возбуждения, дополнительные симптомы относящиеся к определенному органу или системе, озабоченность и огорчение по поводу серьезного заболевания органа или системы, отсутствуют объективные данные о нарушении данного органа или системы

Для F 45.4: Длящаяся не менее 6 месяцев тяжелая и психически угнетающая боль, отсутствие какого – то физического или соматического нарушения, которые могли бы эту боль объяснить, не соответствие критериям шизофрении, аффективных нарушений

Для F 45.8: Жалобы больных ограничиваются отдельными органами или частями тела

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров);
2. Общий анализ мочи;
3. Определение АЛТ, АСТ;
4. Определение билирубина;
5. Электрокардиография;
6. Консультация: терапевта;
7. Консультация: невропатолога;
8. Экспериментально – психологическое обследование (первичное).

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Экспериментально – психологическое обследование (повторное);
2. Реоэнцефалография;
3. Ультразвуковое исследование;

4. Исследование кала на диз.группу;
5. Исследование кала на я/г.

### **Тактика лечения:**

Основные принципы диагностики:

1. Основным является клиническое исследование, при котором выявляются клинические проявления и течение, характерные для соматоформных расстройств. В клиническое исследование входят:
  - расспрос;
  - наблюдение;
  - сбор субъективного и объективного анамнеза;
2. Общесоматическое и неврологическое исследование.
3. Экспериментально – психологическое обследование.
4. Как правило, дополнительными являются исследования лабораторные и инструментальные, в целях проведения дифференциального диагноза, изменений при лабораторном и инструментальном обследовании, вследствие побочных действий психотропных препаратов, верификации соматического или неврологического сопутствующего заболевания.

Конкретные схемы лечения:

Помощь больным с соматоформными расстройствами предусматривает комплекс лечебных воздействий, направленный на купирование клинических проявлений и включающий наряду с психотерапией медикаментозное лечение психофармакологическими и общеукрепляющими средствами, физиопроцедурами, ЛФК.

При терапии соматоформных расстройств учитывается сопровождающая вышеуказанное расстройство тревожно-депрессивная симптоматика, личностные особенности, наличие сверхценных идей. Для этой цели необходимо применение комплекса препаратов с выраженным антидепрессивным действием. При лечении соматоформных расстройств также возможно применение бета-адрено-блокаторов (пропранолол, тразикор, обзидан и др.)

Подбор психофармакотерапии и выбор медикамента или их комплекса осуществляется строго индивидуально, с учетом многообразия клинических проявлений, индивидуальной переносимости лекарственных веществ, с постепенным подбором оптимальной терапевтической дозы для данного пациента:

1. Диазепам – в начале терапии необходимо парентеральное введение препарата в дозе 20 – 80 мг/с в 3 – 4 приема в течении первых десяти дней, с последующим переводом на пероральное введение 20 – 40 мг /с в 3 – 4 приема в течение 7 – 10 дней.

2. Амитриптиллин – в дозе 50 – 150 мг /с в течении 30 дней в 3 – 4 приема для купирования соматоформных и тревожно – депрессивных симптомов.
3. Хлорпротиксен 30 – 100 мг в сутки в течении 10 – 20 дней в 3 приема.
4. Имипрамин 50 – 150 мг /с в 2 приема в первую половину дня для купирования депрессивных симптомов сопровождающихся моторной и идеаторной заторможенностью (адинамическим, апатическим компонентом), алгических расстройств.
5. Флуоксетин – 20 – 60 мг/с 4 – 6 недель в первую половину дня в 1 – 2 приема в 30 % случаев. В отличие от амитриптилина и мелипрамина не вызывает затруднения при мочеиспускании, не оказывает кардиотоксического действия, удобен в применении, применяется 1 раз в сутки.
6. Флувоксамин по 100-150 мг. в сутки до 30 дней приема. Для купирования соматоформных, тревожно-депрессивных расстройств.
7. Трифлуоперазин 5 мг/с в 2 приема для устранения сверхценных идей, психопатологических личностных реакций.
8. Рисперидон - оральный раствор 30 мл 2-6 мг/с в 1-2 приема для устранения сверхценных идей, психопатологических личностных реакций, аффективных расстройств.
9. Карбамазепин 200 – 400 мг/с в 2 приема.
10. Тригексифенидил для предупреждения побочных экстрапирамидных расстройств 2 мг. 3 раза в день (суточная доза 6 мг.)

Немедикаментозные методы:

ЛФК;

ИРТ 10 сеансов;

Психотерапия (Интегративная экспресс-психотерапия, НЛП; телесно-ориентированная психотерапия, миорелаксация по Джекобсону, гипноз, психодинамическая, когнитивно-бихевиориальная, аутосуггестивная и другие виды психотерапии, в зависимости от состояния пациента)

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Диазепам 0,010 г, табл, 0,5% - 2 мл амп
2. \*Амитриптиллин 0,025, 0,01 табл, 1% – 2 мл амп
3. Хлорпротиксен 50 мг, табл, драже
4. \*Флуоксетин 0,02 г, капс
5. \*Имипрамин 0, 025 г, табл, 1,25 % - 2 ,0 мл, амп
7. \*Флувоксамин 0,05 г, табл
8. \*Карбамазепин 0,1, 0,2 г, табл

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Трифлуоперазин 0,005 г, табл

2. \*Рisperидон оральный раствор, 30 мл, фл
3. \*Тригексифинидил 0,002 г, табл

**Критерии перевода на следующий этап лечения:**

Исчезновение или значительная редукция клинических проявлений

**Литература, использованная при подготовке протоколов:**

1. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.. Клиническая психиатрия из синописа по психиатрии. Т 1. – Москва “Медицина”, 1994.
2. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей – Москва, “Медицина”, 1980.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Клиническая психиатрия – Санкт-Петербург, 1996.
5. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежного. – Москва “Медицина”, 1985.
6. Справочник. Психосоматические заболевания./Под ред. Елисеева Ю.Ю. – Москва “Эксмо”, 2003.
7. Гиндикин В.Я. Справочник соматогенные и соматоформные психические расстройства. – Москва, Триада – X, 2000.
8. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва. МИА, 2003.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## **Токсическое воздействие этилового спирта**

**Код протокола:** 21-177в

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:**

1. прекращение воздействия и усиление выведения токсического вещества;
2. профилактика и лечение осложнений;
3. купирование симптомов интоксикации;
4. восстановление функций пораженных органов и систем;
5. купирование абстинентного синдрома

**Длительность лечения:** от 2 -7 дней (в зависимости от степени тяжести отравления и развития осложнений)

**Коды МКБ:** T51.0 Токсическое действие этанола

**Определение:** Патологическое состояние, обусловленное токсическим

действием этанола на органы, системы и организм в целом, в результате однократного приёма потенциально токсических доз или в результате длительного употребления этанола.

**Классификация:**

- острое;
- хроническое.

**Факторы риска:** органическое поражение головного мозга, наследственная предрасположенность.

**Поступление:** экстренное

**Показания для госпитализации:**

1. отравления средней и тяжелой степени тяжести;
2. развитие осложнений угрожающих жизни;

**Критерии диагностики:** Этанол оказывает психотропное действие, связанное с наркотическим эффектом, ослабляющим тормозной процесс в ЦНС. Важную роль в токсическом эффекте, играет развитие метаболического ацидоза, причиной которого являются кислые продукты его биотрансформации (ацетальдегид, уксусная кислота). Диагноз острого отравления этанолом выставляется на основании анамнестических данных: ухудшение состояния на фоне употребления алкоголя в большом количестве. Клиники отравления: тошнота, рвота, головная боль, тахикардия, беспокойство, угнетение сознания кома, судороги. Данными объективного осмотра: запах алкоголя изо рта, гиперемии кожных покровов, гипертонуса сгибательной мускулатуры, возможно гипертензия, увеличение размеров печени и т.д. Подтверждается лабораторно: количественное определение уровня алкоголя в крови, и в моче, повышение трансаминаз, наличие ацетона в моче, электролитные нарушения. Возможные осложнения обусловлены токсическим поражением ЦНС, печени, сердца, почек, периферической нервной системы токсическими дозами этанола, а так же продуктами его метаболизма.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Тест на содержание алкоголя в крови;
2. Тест на содержание алкоголя в моче (по Карандаеву);
3. Общий анализ крови (6 параметров);
4. Общий анализ мочи;
5. Определение мочевины;
6. Определение креатинина;
7. Определение общего белка;
8. Определение АЛТ, АСТ
9. Определение билирубина;

10. Микрореакция;
11. Электрокардиограмма
12. Определение глюкозы;
13. Исследование кислотно-основного состояния;

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Определение диастазы;
2. УЗИ органов брюшной полости (по показаниям);
3. Определение ацетона в моче;
4. Рентгенография черепа, органов грудной клетки, органов брюшной полости;
5. Определение ацетона в крови.
6. Определение технических спиртов в крови.
7. Эзофагогастродуоденоскопия

**Тактика лечения:**

1. Стабилизация функций жизненно важных органов дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем

2. Дезинтоксикационная терапия: а) промывание желудка через зонд б) форсированный диурез, в) при концентрациях этанола в крови свыше 3 г/л - гемодиализ

3. Симптоматическая терапия

а) коррекция метаболических нарушений (метаболический, молочно-кислый ацидоз, алкогольный кетоацидоз) - тиамин 100 мг в/в, декстроза 50%-50 мл в/в, инфузионная терапия (3-5 л), натрия гидрокарбонат 1 мэкв/кг массы тела

б) коррекция водно-электролитных нарушений -препараты: калия хлорид, магния сульфат, -натрия хлорид в виде внутривенных растворов (натрия ацетат, натрия лактат, физиологический раствор, кальция хлорид, магния хлорид)- 3-5 литров/сутки под контролем диуреза

в) при поражении печени – витамины С, В1 (50 мг), В6 (50 мг), Е (300 тыс. ЕД), В12 (50 мг), гепатопротекторы (эссенциальные фосфолипиды, силимарин, адеметионин –1200 мг/сут)

г) лечение алкогольного поражения ЦНС – нейротропные средства (Гинкго Билоба, парацетам, ГБО), ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные ср-ва,

д) алкогольного поражения миокарда (вит Е, эналаприл, калия хлорид, КМg аспарагинат, милдронат, рибоксин др.)

ж) лечение алкогольного гастрита (блокаторы гистаминовых H2 рецепторов, антациды местного действия, метоклопрамид, домперидон, ранитидин)

- з) седативная терапия (диазепам, оксибутират натрия),  
е) купирование абстинентных состояний. (клофелин 0,01 %, нейролептики, бензодиазепины, транквилизаторы)

**Перечень основных медикаментов:**

1. \*Натрия гидрокарбонат, пор пак 10г
2. \*Натрия ацетат, р-р д/инфуз мешп/проп 500мл
3. \*Декстроза, р-р д/и 5%,10% фл, 500мл
4. \*Калия хлорид, пор д/инф.
5. \*Инсулин растворимый, р-р д/и 100МЕ/мл
6. \*Магния сульфат 25%, 20мл, амп
7. \*Натрия хлорид, 0.9% р-р д/инфуз фл 400мл
8. \*Тиамин 1 мл, амп
9. \*Пиридоксин 1 мл, амп
10. \*Токоферола ацетат 1 мл, амп
11. \*Аскорбиновая кислота 2 мл, амп
12. \*Дифенгидрамин 1 мл, амп
13. \*Платифиллин 0,2% р-р, амп
14. \* Глюкоза р-р 40% 10мл, амп
15. \* Пирацетам 5мл, амп
16. \*Натрия тиосульфат 30% 10мл, амп
17. \*Диазепам 10мг, амп
18. \*Натрия оксибат 10мл, амп
19. \*Метоклопрамид 2мл, амп
20. \*Фуросемид 20мг, амп
21. \*Хлорпромазин 2,5% 2мл, амп
22. \*Адеметионин сульфат, пор д/и 400м
23. \*Дроперидол 10мл, фл
24. \* Кетолорак 1мл, амп
25. \*Кальция глюконат 10мл, амп
26. КМg аспарагинат р-р для инф, р-р для в-в введения, табл.
27. Цианокобаламин амп.

**Перечень дополнительных медикаментов.**

1. \*Фенобарбитал 100мг, таб
2. \*Декстран 400мл, фл
3. \*Допамин 5мл, амп
4. \*Цефазолин 1 г фл
5. \*Маннитол, фл.500мл
6. \*Эпинефрин 0,18 1мл, амп
7. \*Преднизолон 30мг, амп

8. \*Эналаприл 1мл, амп
9. \*Аденозина фосфат 1мл, амп
10. Домперидон таб.
11. Фамотидин таб., амп.

**Критерии перехода на следующий этап лечения:** купирование симптомов интоксикации и абстинентного состояния, стабилизация жизненно важных функций организма.

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Acute care for alcohol intoxication [www.postgradmed.com](http://www.postgradmed.com);
2. Alcohol Intoxication [www.emedicinehealth.com](http://www.emedicinehealth.com).

\* - препарат, входящий в список жизненно-важных лекарственных средств

## Хроническая почечная недостаточность

**Код протокола:** 11-1196

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:** замедление темпов прогрессирования ХПН до терминальной стадии, предупреждение и лечение осложнений.

**Длительность лечения:** 14-20 дней (в зависимости от степени ХПН)

**Коды МКБ:** N18 Хроническая почечная недостаточность

**Определение:** Стойкое необратимое прогрессирующее нарушение гомеостатических функций почек (фильтрационной, концентрационной и эндокринной) вследствие постепенной гибели нефронов.

**Классификация:** выделяют 3 стадии ХПН:

- Начальная (латентная) стадия – СКФ 80-40 мл/мин. Клинически: полиурия, АГ (у 50% больных). Лабораторно: легкая анемия.
- Консервативная стадия - СКФ 40-10 мл/мин. Клинически: полиурия, никтурия, АГ. Лабораторно: умеренная анемия, креатинин 145-700 мкмоль/л.
- Терминальная стадия - СКФ менее 10 мл/мин. Клинически: олигоурия. Лабораторно: выраженная анемия, гиперкалиемия, гипернатриемия, гипермагниемия, гиперфосфатемия, метаболический ацидоз, креатинин более 700 – 800 мкмоль/л.

**Факторы риска:** экзогенные нефротоксические агенты (аминогликозиды и другие антибиотики, НПВП, препараты золота, гидралазин, калийсберегающие диуретики, контрастные вещества, метформин), курение.

**Поступление:** плановое

**Показания для госпитализации:**

- Клинические: нарастание утомляемости, тошнота, рвота, потеря аппетита, снижение массы тела, одышка, зуд, судороги, артериальная гипертония, отеки и ухудшение состояния кожи.
- Обострение основного заболевания или скачкообразное снижение функций почек
- Начало лечения эритропозтином, парентеральное введение препаратов железа, витамина D, паракальцитола, гиполипидемическими препаратами.

**Необходимое обследование перед плановой госпитализацией:** минимальное обследование при направлении в стационар - клинические проявления и лабораторные исследования подтверждающие ХПН (ОАК, ОАМ, креатинин крови, скорость клубочковой фильтрации)

**Критерии диагностики:**

- В анамнезе острое или хроническое заболевание почек или характерные синдромы (гематурия, отеки, АГ, дизурия, боли в пояснице, никтурия)
- Физикальное обследование: зуд, расчеты, мочевого запах изо рта, сухость кожи, бледность, никтурия и полиурия, АГ
- Типичные лабораторные изменения: анемия, ОАМ – изостенурия, СКФ менее 80 мл/мин и/или увеличение концентрации креатинина более 145 мкмоль/л в сочетании с уменьшением размеров и повышением плотности почек по данным УЗИ у больных с хроническим заболеванием почек или без него.

**Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови (6 параметров)
2. Общий анализ мочи
3. Анализ мочи по Зимницкому
4. Проба Реберга
5. Определение остаточного азота
6. Определение креатинина
7. Определение калия/натрия
8. Определение кальция
9. Определение хлоридов
10. Определение магния
11. Определение фосфора
12. УЗИ органов брюшной полости
13. УЗИ сосудов

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Определение глюкозы

2. Коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, ачтв, фибринолитическая
3. активность плазмы, гематокрит)
4. Определение АЛТ
5. Определение АСТ
6. Определение общих липидов
7. Компьютерная томография
8. Консультация офтальмолога

#### **Тактика лечения:**

- Диета, стол №7 (№7а или №7б – при выраженной ХПН, №7г – у пациентов, находящихся на гемодиализе). Снижение потребление белка<sup>А</sup>. При гиперкалиемии (олигоурия, анурия) – ограничение продуктов, содержащих соли калия. Снижение потребление фосфора и магния. Объем потребляемой жидкости на 500 мл выше суточного диуреза. Ограничение поваренной соли.
- Коррекция артериальной гипертензии: ингибиторы АПФ (эналаприл), блокаторы рецепторов ангиотензина II, недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов (группы верапамила, дилтиазема), центрального действия (метилдопа), α-адреноблокаторы (**доксазозин**), β-адреноблокаторы (атенолол), петлевые диуретики (фуросемид)
- Коррекция гиперпаратиреоза: глюконат или карбонат кальция, алюминия гидроксид
- Коррекция гиперлипидемии: статины (симвастатин, провастатин). Дозы статинов уменьшают при СКФ менее 30 мл/мин.
- Коррекция анемии: эритропоэтин<sup>А</sup>, препараты железа<sup>А</sup>, переливание крови, эритроцитарной массы по жизненным показаниям.
- Коррекция водно-электролитного баланса: жидкость -2-3 л/сут. Ограничить натрий до 3-5 г/сут. При необходимости – петлевые диуретики ( фуросемид) .
- Коррекция ацидоза: необходима если концентрация бикарбонатов в сыворотке крови составляет менее 18 ммоль/л (на поздних стадиях – менее 15 ммоль/л). Назначают кальция карбонат 2-6 сут, иногда натрия карбонат 1-6 г/сут

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. блокаторы рецепторов ангиотензина II
2. \*Атенолол 50 мг, табл
3. \*Верапамила гидрохлорид 40 мг, табл
4. \*Фуросемид 20мг/2мл, амп
5. \*Кальция глюконат 10мл, амп

6. \*Эналаприл 1 мл, амп
7. Симвастатин 10 мг, табл
8. \*Препараты железа 2 мл, амп
9. \*Метилдопа 250 мг, табл
10. Доксазозин 1 мг, табл

**Перечень дополнительных медикаментов:**

1. Кальция карбонат 500 мг, табл
2. Натрия карбонат 74 г, порошок для приготовления раствора для приема внутрь

**Критерии перевода на следующий этап лечения:** стабилизация общего состояния больного, в том числе клинических и лабораторных показателей, достичь компенсации по анемии, остеопатии, купирование гипегидратации

**Литература, использованная при подготовке протоколов:**

1. Клинические рекомендации. Фармакологический справочник. Вып. 1. Изд-во «ГЕОТАР-МЕД», 2004.
2. Jukka Mustonen, Treatment of chronic renal failure. EBM Guidelines 11.6.2005. [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)
3. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. 2 изд. ГЕОТАР, 2002.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## Язва двенадцатиперстной кишки

**Код протокола:** 06-070в

**Профиль:** терапевтический

**Этап лечения:** стационар

**Цель этапа:**

Эрадикация *H. pylori*. «Купирование» (подавление) активного воспаления в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Заживление язвенного дефекта.

Достижение стойкой ремиссии.

Предупреждение развития осложнений

**Длительность лечения:** 12 дней

**Коды МКБ:**

K25 Язва желудка

K26 Язва двенадцатиперстной кишки

K27 Пептическая язва неуточненной локализации

- K28.3 Гастродуоденальная язва острая без кровотечения и прободения  
K28.7 Гастродуоденальная язва хроническая без кровотечения или прободения  
K28.9 Гастродуоденальная язва, не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения

**Определение: Язвенная болезнь** – хроническое рецидивирующее заболевание, основным морфологическим субстратом которого является язвенный дефект в желудке, 12 п. кишке или проксимальном отделе тощей кишки, с частым вовлечением в патологический процесс других органов системы пищеварения и развитием многообразных осложнений.

Этиологическим фактором является *Helicobacter pylori*- грамм-отрицательная спиралевидная бактерия. Колонии живут в желудке, риск заражения с возрастом увеличивается. Инфекция *Helicobacter pylori* в большинстве случаев является причиной развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, В-клеточной лимфомы и рака дистальных отделов желудка. Около 95% язв двенадцатиперстной кишки и около 80% язв желудка связаны с наличием инфекции *Helicobacter pylori*. (1,2)

Отдельно выделяют симптоматические язвы, ассоциированные с приемом нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), стероидных гормонов.

### **Классификация:**

I. По локализации язвенного дефекта:

Язва желудка (кардиального, субкардиального, антрального, пилорического, по большой или малой кривизне).

II. По фазе заболевания:

1. Обострение
2. Затухающее обострение.
3. Ремиссия

III. По течению: 1. Латентное, 2. Легкое, 3. Средней тяжести, 4. Тяжелое.

IV. По размерам язвы: 1. Малая, 2. Средняя, 3. Большая, 4. Гигантская, 5. Поверхностная, 6. Глубокая.

V. По стадии язвы: 1. Стадия открытой язвы, 2. Стадия рубцевания, 3. Стадия рубца.

VI. По состоянию слизистой оболочки гастродуоденальной зоны: 1. Гастрит 1, 2, 3 степени активности (диффузный, ограниченный). 2. Гипертрофический гастрит, 3. Атрофический гастрит, 4. Бульбит, дуоденит 1,2,3 степени активности. 5. Атрофический бульбит, дуоденит, 6. Гипертрофический бульбит, дуоденит.

VII. По состоянию секреторной функции желудка: С нормальной или по-

вышенной секреторной активностью, 2. С секреторной недостаточностью.

VII. Нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и 12 перст. кишки: 1. Гипертоническая и гиперкинетическая дисфункция, 2. Гипотоническая и гипокинетическая дисфункция, 3. Дуоденогастральный рефлюкс.

IX. Осложнения: 1. Кровотечение, постгеморрагическая анемия, 2. Перфорация, 3. Пенетрация, 4. Рубцовая деформация и стеноз привратника, 12 п. кишки (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный), 5. Перивисцериты, 6. Реактивный панкреатит, гепатит, холецистит 7. Малигнизация.

X. По срокам рубцевания: 1. Обычные сроки рубцевания язвы. 2. Длительно не рубцующаяся (более 8 нед.-при желудочной локализации, более 4 нед.-при локализации в 12 п.к.). 3. Резистентная язва (более 12 и более 8 недель соответственно.).

По степени активности: 1ст.- умеренно выраженная, 2ст.- выраженная, 3ст. –резко выраженная.

По размеру (диаметру) язв • Малые: до 0,5 см • Средние: 0,5—1 см • Большие: 1,1-2,9 см • Гигантские: для язв желудка 3 см и более, для язв двенадцатиперстной кишки 2 см и более.

#### **Факторы риска:**

- наличие *Helicobacter pylori*
- прием нестероидных противовоспалительных препаратов, стероидных гормонов, наличие семейного анамнеза, нерегулярный прием лекарственных средств (7), курение, прием алкоголя.

**Поступление:** плановое

#### **Показания для госпитализации:**

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённая ранее.
- Язвенная болезнь с резко выраженной клинической картиной обострения: сильный болевой синдром, рвота, диспептические расстройства.
- Язвенная болезнь тяжёлого течения, ассоциированная с *H. pylori*, не поддающаяся эрадикации.
- Язвенная болезнь желудка при отягощённом семейном анамнезе с целью исключения малигнизации.
- Язвенная болезнь с синдромом взаимного отягощения (сопут заболевания).

**Необходимый объем обследований перед плановой госпитализацией:** 1. ЭФГДС, 2. Общий анализ крови, 3. Анализ кала на скрытую кровь,

#### 4. Уреазный тест.

#### **Критерии диагностики:**

##### 1. Клинические критерии:

Боль. Необходимо выяснить характер, периодичность, время возникновения и исчезновения болей, связь с приёмом пищи.

- Ранние боли возникают через 0,5-1 ч после еды, постепенно нарастают по интенсивности, сохраняются в течение 1,5 — 2 ч, уменьшаются и исчезают по мере продвижения желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку; характерны для язв тела желудка. При поражении кардиального, субкардиального и фундального отделов болевые ощущения возникают сразу после приёма пищи.
- Поздние боли возникают через 1,5-2 ч после еды, постепенно усиливаются по мере эвакуации содержимого из желудка; характерны для язв пилорического отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.
- “Голодные” (ночные) боли возникают через 2,5-4 ч после еды, исчезают после очередного приёма пищи характерны для язв двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка.
- Сочетание ранних и поздних болей наблюдают при сочетанных или множественных язвах. Выраженность боли зависит от локализации язвенного дефекта (незначительная боль — при язвах тела желудка, резкая боль — при пилорических и внелуковичных язвах двенадцатиперстной кишки), возраста (более интенсивная у лиц молодого возраста), наличия осложнений. Наиболее типичной проекцией болей в зависимости от локализации язвенного процесса считают следующую:
- при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка — область мечевидного отростка
- при язвах тела желудка — эпигастральную область слева от срединной линии
- при язвах пилорического отдела и двенадцатиперстной кишки — эпигастральную область справа от срединной линии.

##### 2. Анамнез, объективный осмотр.

3. Наличие на ЭФГДС язвенного дефекта, при язве желудка гистологические исследования, исключающее малигнизацию.

4. Исследование наличия в слизистой оболочке НР.

Все лица с подтвержденным диагнозом должны быть протестированы на наличие *Helicobacter Pylori*.

Выявление *Helicobacter Pylori*:

Диагностика *Helicobacter Pylori* обязательна всем пациентам с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в анамнезе, а также язвенной

болезнью и ее осложнениями в анамнезе (А).

Ведение диагностических вмешательств по выявлению *Helicobacter Pylori* необходимо проводить как до начала эрадикационной терапии, так и после ее окончания для оценки эффективности мероприятий.

Перед началом лечения НПВС рутинная диагностика *Helicobacter Pylori* не показана.

Неинвазивные диагностические вмешательства рекомендованы пациентам с неосложненным течением симптомов диспепсии и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в анамнезе.

1. Дыхательный тест на мочевины – определение в выдыхаемом больным воздухе изотопов С-13, которые выделяются в результате расщепления в желудке меченой мочевины под действием уреазы *Helicobacter pylori* (А, 1b, NICE 2004). Используется как для диагностики, так и для эффективности эрадикационной (должен проводиться не менее чем после 4-х недель после окончания лечения).(А, 1b)
2. Выявление антигенов *Helicobacter Pylori* (HpSA) в кале. Новый тест, характеризуется сравнимой достоверностью с дыхательным тестом на мочевины. Применяется как для диагностики *Helicobacter Pylori*, так и для эффективности эрадикационной терапии. (А. 1a)
3. Серологический тест (определение IgG к *Helicobacter Pylori*). Характеризуется меньшей чувствительностью и специфичностью, по сравнению с дыхательным тестом на мочевины и выявлением антигенов к *Helicobacter Pylori* в кале. Однако, поскольку первые 2 теста характеризуются высокой стоимостью, то использование серологического теста может быть оправданно при высокой распространенности *Helicobacter Pylori*. , особенно при первичной диагностике *Helicobacter Pylori*.(А, 1b)
4. Инвазивные диагностические вмешательства необходимо проводить всем пациентам с симптомами: кровотечения, обструкции, пенетрации и перфорации. До завершения диагностических мероприятий эмпирическую терапию начинать нельзя.
5. Биопсийный уреазный тест. Чувствительность данного теста увеличивается, если биопсию берут из тела и антральной части желудка. Однако, по сравнению с неинвазивными мероприятиями он более дорог и травматичен.
6. Тест считается позитивным, если число организмов не менее 100 в поле зрения. Гистологическое исследование может быть полезным, если биопсийный уреазный тест негативен. Для окраски гистологических материалов необходимо использовать гематоксилин и эозин. (А, 1b)

7. Посев культуры – не следует использовать для диагностики *Helicobacter Pylori*, поскольку существуют более простые и высокочувствительные и специфичные методы установления диагноза. Использование посева культуры оправданно только в случае выявления антибиотико-чувствительности и резистентности у пациентов с 2 и более случаями неудачной эрадикационной терапии (В, 11а), 4.

В данный момент наиболее доступен экспресс-метод определения НР в слюне с последующим подтверждением биопсии.

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

1. Общий анализ крови.
2. Определение сывороточного железа в крови.
3. Анализ кала на скрытую кровь.
4. Общий анализ мочи.
5. ЭФГДС с прицельной биопсией (по показаниям).
6. Гистологическое исследование биоптата.
7. Цитологическое исследование биоптата.
8. Тест на Нр.

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

1. Ретикулоциты крови
2. УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы.
3. Определение билирубина крови.
4. Определение холестерина.
5. Определение АЛТ, АСТ.
6. Определение глюкозы крови.
7. Определение амилазы крови
8. Рентгеноскопия желудка (по показаниям)

#### **Тактика лечения**

##### **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

- Диета №1 (1а, 15) с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (например, острые приправы, маринованные и копченые продукты). Питание дробное, 5-6 раз в сутки.

##### **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

#### **Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H. pylori***

Показано проведение эрадикационной терапии<sup>4</sup>. Требования к схемам эрадикационной терапии:

- В контролируемых исследованиях должна приводить к уничтожению бактерии *H. pylori*, как минимум, в 80% случаев.
- Не должна вызывать вынужденной отмены терапии вследствие побочных эффектов (допустимо менее чем в 5% случаев).
- Схема должна быть эффективной при продолжительности курса лечения не более 7~14 дней.

Тройная терапия на основе ингибитора протонного насоса — наиболее эффективная схема эрадикационной терапии<sup>А</sup>. При применении схем тройной терапии эрадикации достигают в 85-90% случаев у взрослых пациентов<sup>С</sup> и как минимум в 15% случаев у детей<sup>В</sup>.

Схемы лечения:

Терапия первой линии.

Ингибитор протонного насоса (омепразол\* 20 мг, рабепразол<sup>А\*</sup> 20 мг) или ранитидин-висмут-цитрат\* в стандартной дозировке + кларитромицин<sup>А\*</sup> 500 мг + амоксициллин<sup>А\*</sup> 1000 мг или метронидазол\* 500 мг; все ЛС принимают 2 раза в день в течение 7 дней. Сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом<sup>В</sup>, так как может способствовать достижению лучшего результата при назначении терапии второй линии. Кларитромицин по 500 мг 2 раза в день оказался эффективнее приёма ЛС в дозе 250 мг 2 раза в день<sup>В</sup>. Показано, что эффективность ранитидин-висмут-цитрата<sup>А\*\*</sup> и ингибиторов протонного насоса<sup>А</sup> одинакова.

Применение терапии второй линии рекомендуют в случае неэффективности препаратов первой линии. Ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в день + висмута субсалицилат<sup>В</sup> 120 мг 4 раза в день + метронидазол<sup>А\*\*</sup> 500 мг 3 раза в день + тетрациклин<sup>А\*\*</sup> 100-200 мг 4 раза в день.

Правила применения антихеликобактерной терапии

1. Если использование схемы лечения не приводит к наступлению эрадикации, повторять её не следует.
2. Если использованная схема не привела к эрадикации, это означает, что бактерия приобрела устойчивость к одному из компонентов схемы лечения (производным нитроимидазола, макролидам).
3. Если использование одной, а затем другой схемы лечения не приводит к эрадикации, то следует определять чувствительность штамма *H. pylori* ко всему спектру используемых антибиотиков.
4. При появлении бактерии в организме больного через год после окончания лечения ситуацию следует расценивать как рецидив инфекции, а не как реинфекцию.

5. При рецидиве инфекции необходимо применение более эффективной схемы лечения.

После окончания комбинированной эрадикационной терапии необходимо продолжить лечение ещё в течение 5 нед при дуоденальной и в течение 7 нед при желудочной локализации язв с использованием одного из антисекреторных препаратов (ингибиторов протонного насоса, блокаторов  $H_2$ -рецепторов гистамина).

Язвенная болезнь, не ассоциированная с *H. pylori*

В случае язвенной болезни, не ассоциированной с *H. pylori*, целью лечения считают купирование клинических симптомов болезни и рубцевание язвы. При повышенной секреторной активности желудка показано назначение антисекреторных препаратов.

- Ингибиторы протонного насоса: омепразол<sup>A\*</sup> 20 мг 2 раза в день, рабепразол<sup>A\*</sup> 20 мг 1-2 раза в день,
- Блокаторы  $H_2$ -рецепторов гистамина: фамотидин<sup>A\*</sup> 20 мг 2 раза в день, ранитидин<sup>B\*</sup> 150 мг 2 раза в день.
- При необходимости — антациды<sup>B\*</sup>, цитопротекторы.\*

Эффективность лечения при язве желудка контролируют эндоскопическим методом через 8 нед, при дуоденальной язве — через 4 нед.

А. Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе. Показания: 1. Неэффективность проведенной эрадикационной терапии, 2. Осложнения ЯБ, 3. Наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения НПВС, 4. Сопутствующий ЯБ эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит., 5. Больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением ЯБ.

Б. Терапия по требованию, предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ прием одного из секреторных препаратов в полной суточной дозе- 3 дня, затем - в половинной - в течение 3нед. Если симптомы не купируются, то после ЭФГДС, выявления повторного инфицирования - повторная эрадикационная терапия.

#### **Перечень основных медикаментов:**

1. \*Амоксициллин 1000 мг, табл
2. \*Кларитромицин 500 мг, табл
3. \*Тетрациклин 100-200 мг, табл
4. \*Метронидазол 500 мг, табл
3. \* Гидроокись алюминия, гидроокись магния
4. \*Фамотидин 40 мг, табл
5. \*Омепразол 20 мг, табл

#### **Перечень дополнительных медикаментов:**

1. \*Висмута трикалия дицитрат 120 мг, табл
2. \*Домперидон 10 мг, табл

**Критерии перевода на следующий этап:**

Купирование диспепсического, болевого синдрома,  
Больные нуждаются в диспансерном наблюдении.

*Литература, использованная при подготовке протоколов:*

1. Prodigy guidance – Dyspepsia – proven DU, GU, or NSAID-associated ulcer. NICE 2004 Management of Helicobacter pylori Infection. MOH Clinical Practice Guidelines 9/2004
2. И.Н.Денисов, Ю.Л.Шевченко. Клинические рекомендации плюс фармакологический справочник. М.2004.
3. New Zealand guidelines group/ Management of dyspepsia and heartburn, June 2004.)
4. Management of Helicobacter pylori infection. Ministry of health clinical practice guidelines 9/2004/
5. Guidelines for clinical care. University of Michigan health system. May 2005.
6. Practice guidelines. Guidelines for the Management of Helicobacter pylori Infection/ THE AMERICAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY Vol. 93, No. 12, 1998.
7. National Committee for Clinical Laboratory Standards/ Methods for Dilution Antimicrobial Susceptibility Tests for Bacteria That Grow Aerobically- Fift Edition/ Approved Standard NCCLS Document M7-F5, Vol.20, NCCLS, Wayne,PA,January 2000.
8. В.Т. Ивашкин. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни . Пособие для врачей. Москва., 2005г.
9. Григорьев П.Я. Рекомендации по лечению и диспансеризации больных с основными заболеваниями органов пищеварения, Москва,2001г.
10. А.В. Нерсесов Клинические классификации основных заболеваний органов пищеварения Учебно-методическое пособие, Астана,2003г.

\* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

## Содержание

Авторский коллектив . . . . .	3
Анафилактический шок . . . . .	4
Бронхиальная астма . . . . .	10
Гастрит, дуоденит . . . . .	20
Гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца.	
Гипертонический криз. . . . .	26
Гипертензивная болезнь сердца, осложненная сердечной недостаточностью . . . . .	34
Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты . . . . .	45
Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. . . . .	56
Органический психосиндром . . . . .	61
Острый инфаркт миокарда, осложненный . . . . .	70
Отравление лекарственными средствами. Часть I . . . . .	75
Параноидная шизофрения . . . . .	82
Постшизофреническая депрессия. . . . .	91
Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. 1 этап . . . . .	100
Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. 2 этап. . . . .	107
Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. 1 этап . . . . .	114
Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. 2 этап . . . . .	121
Рассеянный склероз . . . . .	128
Расстройства личности органической природы. . . . .	134
Сахарный диабет, декомпенсация без специфических осложнений	141
Сахарный диабет, диабетический кетоацидоз . . . . .	154
Серопозитивный ревматоидный артрит . . . . .	161
Сифилис скрытый ранний . . . . .	175
Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно – сосудистой системы. . . . .	179
Токсическое воздействие этилового спирта . . . . .	184
Хроническая почечная недостаточность . . . . .	188
Язва двенадцатиперстной кишки . . . . .	191