

С.С.Вялов

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Практическое руководство

*Разработано в соответствии с клиническими рекомендациями
и стандартами амбулаторно-поликлинической помощи*

8-е издание, дополненное



Москва
«МЕДпресс-информ»
2021

УДК 616.34
ББК 54.13
В99

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Рецензент: доктор медицинских наук, профессор **В.И.Синопальников**

Книга печатается в авторской редакции

Вялов, Сергей Сергеевич.

В99 Гастроэнтерология. Практическое руководство / С.С.Вялов. – 8-е изд., доп. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 144 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-957-5.

Книга в систематизированном и кратком виде содержит сведения, необходимые врачу-специалисту или врачу общей практики на амбулаторно-поликлиническом приеме, по диагностике и лечению больных с заболеваниями органов пищеварения. Все разделы книги представлены в виде наглядных материалов – структурных логических блоков, схем и рисунков и текстового описания конкретных состояний.

Нормативно-правовую базу руководства составили клинические рекомендации и стандарты.

Книга содержит разделы: заболевания и синдромы; диагностика, лечение, тактика. В настоящем издании учтены пожелания врачей и студентов и включены патогенетические схемы основных патологических состояний, группы лекарственных средств, необходимые в практике рабочие классификации заболеваний и конкретные схемы лечения, в том числе из опыта работы автора, и другие данные, которые облегчат врачу оказание помощи пациентам.

Для врачей всех специальностей, слушателей факультетов последипломного образования, научных работников, аспирантов, ординаторов и студентов старших курсов медицинских вузов.

УДК 616.34
ББК 54.13

ISBN 978-5-00030-957-5

© Вялов С.С., 2019, 2021

© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2019, 2021

Содержание

| | |
|--|-----------|
| Предисловие | 7 |
| Сокращения | 9 |
| Глава 1. Заболевания пищевода | 11 |
| Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы | 12 |
| Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь | 14 |
| Пищевод Барретта | 16 |
| Рак пищевода | 17 |
| Кандидоз пищевода | 18 |
| Глава 2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки | 19 |
| Гастриты: классификация. Модифицированная Сиднейская система | 20 |
| Гастрит неатрофический хронический | 21 |
| Гастрит – рак: этапы канцерогенеза желудка. Каскад Корреа | 22 |
| Гастрит атрофический хронический | 23 |
| Гастропанель: пепсиноген | 24 |
| Рефлюкс-гастрит | 25 |
| Гастропанель: гастрин-17, <i>H. pylori</i> | 26 |
| Гастродуоденит хронический | 27 |
| <i>Helicobacter pylori</i> : диагностика, показания к эрадикации | 28 |
| <i>Helicobacter pylori</i> : схемы эрадикации | 29 |
| Язвы желудка и ДПК: патогенез, механизмы образования | 30 |
| Язвенная болезнь желудка/ДПК | 31 |
| Заболевания желудка: дифференциальная диагностика | 32 |
| Болезнь оперированного желудка | 33 |
| Полипы желудка | 34 |
| Полипы желудка | 35 |
| Рак желудка | 36 |
| Рак желудка: метастазы | 38 |

| | |
|--|----|
| Глава 3. Заболевания поджелудочной железы | 39 |
| Панкреатит острый (панкреонекроз) | 41 |
| Поджелудочная железа: секреторная недостаточность | 42 |
| Панкреатит хронический | 43 |
| Рак поджелудочной железы: схема | 44 |
| Рак поджелудочной железы (аденокарцинома). | 45 |
| Рак поджелудочной железы: УЗИ, КТ | 46 |
| Глава 4. Заболевания желчного пузыря | 47 |
| Аномалии развития желчного пузыря | 48 |
| Дискинезия желчевыводящих путей | 49 |
| Холецистит некалькулезный хронический | 51 |
| Желчнокаменная болезнь | 53 |
| Желчнокаменная болезнь: показания к хирургическому лечению | 55 |
| Полипы желчного пузыря | 57 |
| Полипы желчного пузыря: классификация | 58 |
| Полипы желчного пузыря: тактика лечения и наблюдения | 59 |
| Постхолецистэктомический синдром | 60 |
| Дисфункция сфинктера Одди | 61 |
| Рак желчного пузыря | 62 |
| Глава 5. Заболевания печени | 63 |
| Стеатоз – рак: печеночный континуум | 64 |
| Синдром цитолиза | 65 |
| Гепатомегалия: дифференциальный диагноз | 66 |
| Неалкогольная жировая болезнь печени, стеатоз | 67 |
| Гепатит вирусный острый | 68 |
| Гепатоз пигментный | 69 |
| Фиброз печени | 70 |
| Цирроз печени | 71 |
| Цирроз печени: осложнения | 72 |

| | |
|--|-----------|
| Цирроз печени: классификация печеночно-клеточной функции по Чайлду–Пью | 73 |
| Цирроз печени: прогноз | 74 |
| Трансплантация печени: показания | 75 |
| Гемохроматоз | 76 |
| Гемангиома печени | 79 |
| Метастазы в печени | 80 |
| Рак печени | 81 |
| Рак печени: УЗИ | 82 |
| Глава 6. Заболевания кишечника | 83 |
| Бристольская шкала форм кала | 84 |
| Копрологические синдромы | 85 |
| Кинетики: классификация препаратов, регулирующих моторику кишечника | 86 |
| Дискинезия кишечника (кишечная колика) | 87 |
| Препараты, регулирующие микрофлору кишечника: классификация | 88 |
| Дисбактериоз кишечника (с дефицитом роста микрофлоры) | 89 |
| Препараты противомикробные: спектр активности. | 90 |
| Дисбактериоз кишечника (с ростом патогенной микрофлоры) | 91 |
| Дивертикулярная болезнь кишечника | 93 |
| Кишечник: маркеры воспаления кальпротектин и лактоферрин | 94 |
| Колит неязвенный хронический | 95 |
| Заболевания кишечника: внекишечные признаки | 96 |
| Колит язвенный хронический | 97 |
| Болезнь Крона. | 98 |
| Кишечная инфекция неясной этиологии | 99 |
| Лактазная недостаточность | 100 |
| Целиакия (глютеновая недостаточность, энтеропатия) | 101 |
| Питание: определение степени недостаточности | 102 |
| Синдром мальабсорбции | 103 |
| Синдром раздраженного кишечника | 104 |
| Спаечная болезнь | 105 |

| | |
|---|------------|
| Геморрой: стадии | 106 |
| Геморрой | 107 |
| Полипы кишечника: стадии развития | 108 |
| Полипы кишечника | 109 |
| Рак кишечника (колоректальный) | 110 |
| Глава 7. Алгоритмы диагностики | 113 |
| Анемия железодефицитная | 114 |
| Асцит | 115 |
| Афты/эрозии в полости рта | 116 |
| Гепатомегалия (увеличение печени) | 117 |
| Диарея острая | 118 |
| Диарея хроническая | 119 |
| Дисфагия | 120 |
| Запах изо рта (галитоз) | 121 |
| Запор | 122 |
| Изжога | 123 |
| Истощение (похудание, потеря массы тела) | 124 |
| Кровь в кале (кишечное кровотечение) | 125 |
| Лимфаденопатия | 126 |
| Рвота | 127 |
| СОЭ повышение | 128 |
| Спленомегалия | 129 |
| Тошнота | 130 |
| МКБ-10 в практике гастроэнтеролога | 131 |
| Приложение. Диетическое питание (основные диеты) | 133 |
| Литература | 138 |
| Алфавитный указатель | 140 |

Предисловие

Существующие формы амбулаторно-поликлинической гастроэнтерологической помощи достаточно определены. Однако сведения о конкретных вопросах, касающихся помощи пациентам, нуждаются в дополнительной разработке в виде краткого описания различных часто встречающихся форм патологии.

В книге содержатся сведения, необходимые врачу на амбулаторном приеме, с большим объемом наглядных материалов – кратких структурных логических блоков, рисунков, фотографий. Заболевания, синдромы и состояния рассматриваются традиционно и последовательно – в порядке ведения приема пациента и медицинской документации: жалобы, объективные данные, диагностика и лечение. В блоках «Лечение» даны примерные варианты лечения, указаны названия групп препаратов, а также интервалы допустимых дозировок, что позволяет сформировать индивидуальный вариант лечения для конкретного пациента. Альтернативные препараты при некоторых видах патологии можно выбрать из классификаций, которые включены в книгу. По требованиям нормативных документов обязательными атрибутами каждого препарата являются доза или концентрация, кратность приема, длительность курса и способ применения, например: Омепразол 20 мг×2×10 вн. Эти требования должны строго соблюдаться.

Особое внимание автор уделяет основным принципам лечения. Важно учитывать (и врач должен понимать), что дозы лекарственных препаратов и длительность курса лечения, указанные в блоках «Лечение», являются ориентировочными. При назначении лечения необходимо учитывать множество факторов/условий, которые мы условно разделяем на три группы:

1. Заболевание (нозологическая форма, степень активности, степень тяжести, наличие осложнений, наличие фоновых, сопутствующих или перенесенных заболеваний).
2. Пациент (пол, возраст, физиологическое состояние – период менструаций, беременность, период лактации, когда применение многих препаратов ограничено или категорически запрещено; масса тела, индивидуальная переносимость, базисная терапия и др.).
3. Лекарственный препарат (показания, чувствительность для антибиотиков, противопоказания, побочные эффекты, особые условия, совместимость с другими препаратами и др.).

Например, сложилось неправильное мнение, что урсодезоксихолевую кислоту назначают всегда только в больших дозах. Однако если посмотреть инструкцию к препарату, то можно увидеть, что дозы этого препарата имеют очень большой интервал. Только в зависимости от массы тела, не говоря о заболевании и других условиях, дозы препарата составляют от 1 капсулы (250 мг) до 13 капсул (3250 мг) в сутки. Таких примеров можно привести много.

Только при правильном балансе перечисленных выше трех групп факторов можно назначить пациенту грамотное, адекватное, эффективное и безопасное лечение. Весь перечисленный спектр условий при выборе препарата, дозы, длительности курса, независимо от рекомендуемых в инструкции к применению, должен быть учтен лечащим врачом индивидуально для каждого пациента.

Необходимо помнить, что МКБ является статистическим «инструментом», поэтому она не имеет клинического значения, и не следует «подгонять» клинический диагноз под МКБ. Но поскольку в обязанности врача включено требование шифровать диагноз, в конце книги приводится краткий перечень шифров МКБ для гастроэнтерологической практики.

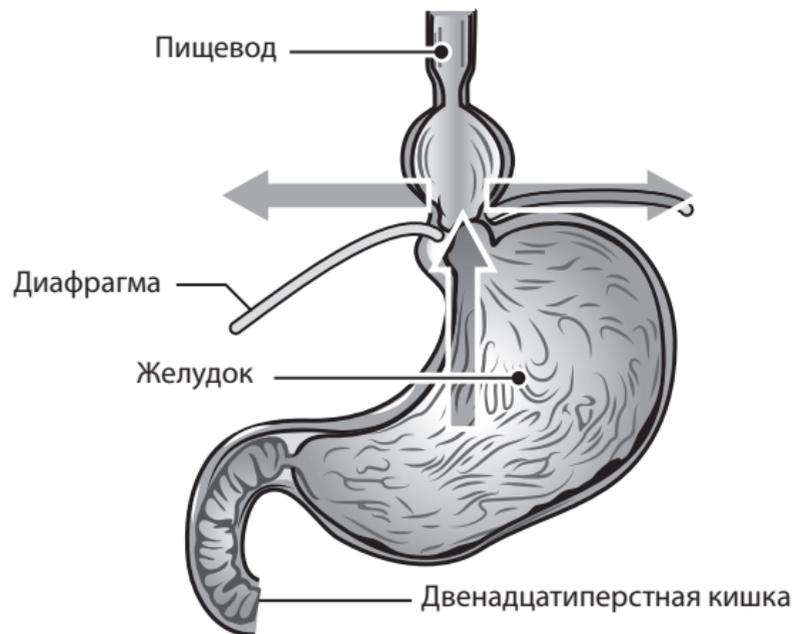
Нормативно-правовую базу настоящего руководства составили клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи Минздрава РФ. Ультразвуковые исследования, использованные в настоящем издании, выполнили к.м.н. Н.Б.Бабошина, Е.Е.Соколовский, Д.В.Солдатов.

Автор надеется, что эта книга поможет врачам, ординаторам и студентам быстрее ориентироваться в диагнозе и тактике и не оставить пациентов без помощи, когда она необходима, в том числе в сложных клинических случаях. Предложения и пожелания можно направить по адресу: vyalovss@yandex.ru

*Зав. кафедрой общей врачебной практики,
доктор медицинских наук, профессор В.И.Кузнецов,
доктор медицинских наук, профессор кафедры Т.А.Васина*

Глава 1. Заболевания пищевода

ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ



К44 ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ (ГПОД) – это заболевание, при котором происходит смещение через пищеводное отверстие диафрагмы в заднее средостение нижней части пищевода или части желудка (скользящая грыжа, параэзофагеальная, короткий пищевод).

ЖАЛОБЫ:

- Отрыжка пищей, изжога, регургитация (срыгивание) после еды, при наклонах туловища.
- Дисфагия, икота.
- Боли за грудиной.
- Респираторные нарушения: кашель, одышка.
- Астено-невротический синдром.

ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы чистые. Язык влажный, с белым налетом. ПЛУ не увеличены. Живот мягкий, болезненный в подложечной области. Мышечной защиты нет. Печень и селезенка не увеличены.

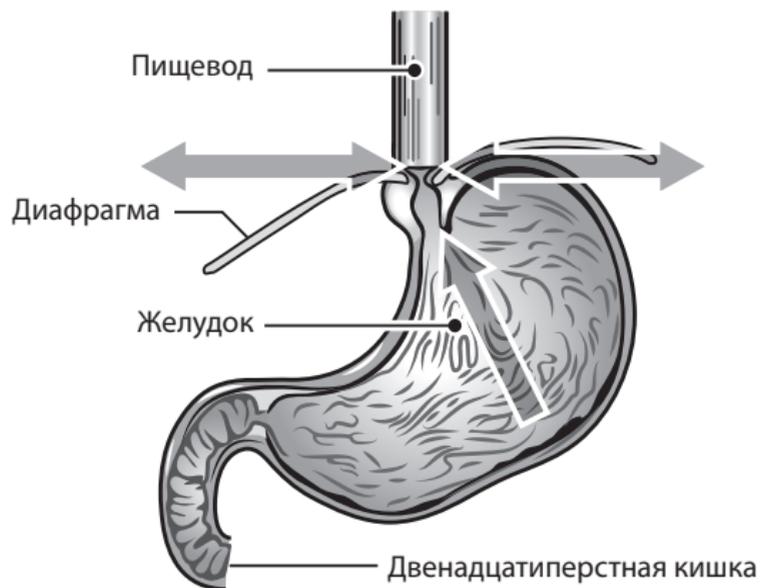
ОБСЛЕДОВАНИЕ: ОАК. ОАМ. α -амилаза. Липаза. Гастрин. Пепсиноген. ЭКГ. ЭГДС. Рентгеноскопия пищевода и желудка. УЗИ гепатобилиарной зоны. УЗИ щитовидной железы. ЛОР. Эндокринолог. Кардиолог.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ГЭРБ. Заболевания щитовидной железы. Бронхолегочная патология, болезни гортани. Опухоли средостения. ИБС.

ЛЕЧЕНИЕ:

- Исключить повышение внутрибрюшного давления: переедание, запоры, тугие пояса, корсеты, физическую нагрузку. Сон с приподнятым головным концом на 20 см.
- Противопоказаны препараты, снижающие тонус нижнего пищеводного сфинктера: антагонисты кальция, нитраты, холинолитики и др.
- Диета №1.
- Кинетики, повышающие тонус пищеводного сфинктера: Итоприд 50 мг×3×10 или Домперидон 10 мг×3×10 вн.
- Снижение секреции желудка:
 - ИПП: Омепразол (или Пантопразол, Эзомепразол) 20 мг×1–2×10 вн.;
 - H₂-блокаторы: Ранитидин 150 мг×2×10 вн.
- Антациды: Алмагель 10 мл×1×10 вн.
- Коррекция психоэмоционального состояния: Сульпирид 50 мг×1×10 или Адаптол 500 мг×2×10 вн.
- Хирургическое лечение.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ



K21 ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ (ГЭРБ) – это заболевание, возникающее в результате спонтанного, регулярно повторяющегося забрасывания в пищевод желудочного содержимого, приводящее к повреждению пищевода. **1. Неэрозивная форма. 2. Эрозивная форма.**

ЖАЛОБЫ:

- Ощущение «кома» в горле или за грудиной.
- Затрудненное глотание.
- Тяжесть в эпигастрии.
- Отрыжка пищей, срыгивание.
- Жжение в эпигастральной области и/или по ходу пищевода.
- Загрудинные боли.
- Кашель.

ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы чистые. Язык влажный, с белым налетом. ПЛУ не увеличены. Живот мягкий, болезненный в подложечной области. Мышечной защиты нет. Печень и селезенка не увеличены.

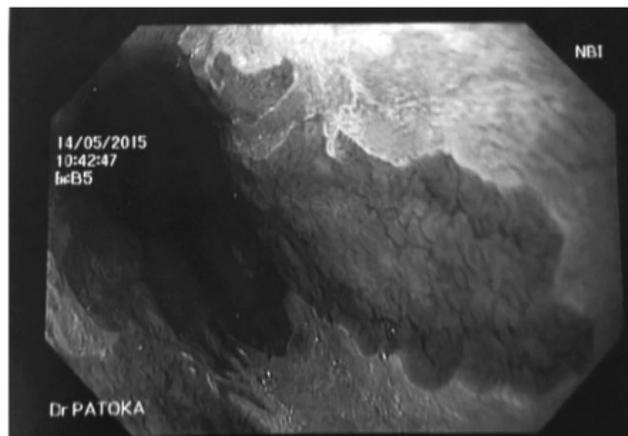
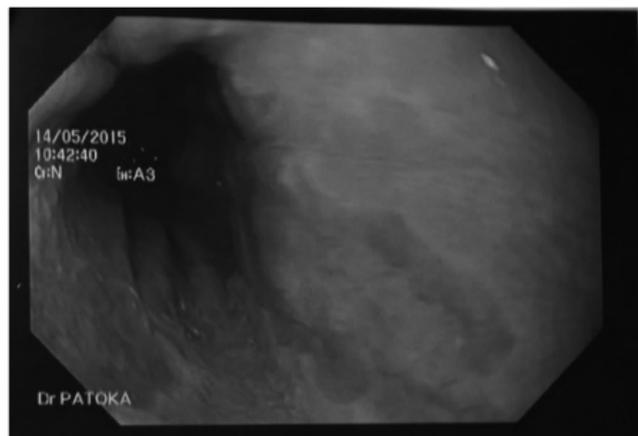
ОБСЛЕДОВАНИЕ: ОАК. ОАМ. Альбумин. АЛТ. γ -ГТ. α -амилаза. Липаза. Глюкоза. Гастрин. Пепсиноген. ЭКГ. ЭГДС с биопсией. УЗИ гепатобилиарной зоны. УЗИ щитовидной железы. Рентгеноскопия пищевода и желудка. ЛОР. Эндокринолог.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: ГПОД. Заболевания щитовидной железы. Заболевания гортани. Опухоли средостения. ИБС. Бронхолегочные заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ:

- Изменение образа жизни и питания. Отказ от курения.
- Диета №1.
- Рекомендуется начинать лечение по принципу «step up» и «step down».
- Кинетики: Домперидон 10 мг \times 3 \times 10 вн.
- Снижение секреции желудка:
 - ИПП: Омепразол (или Рабепразол, Эзомепразол) 20 мг \times 1–2 \times 10 или Декслансопразол 30 мг \times 1 \times 10 вн.;
 - H_2 -блокаторы: Ранитидин 150 мг \times 2 \times 10 или Фамотидин 20 мг \times 2 \times 10 вн.
- Антациды: Фосфалюгель 16 мл \times 1 \times 10 вн.
- Коррекция психоэмоционального состояния: Адаптол 500 мг \times 2 \times 10 или Глицин 100 мг \times 2 \times 10 вн.
- Динамическое наблюдение:
 - при метаплазии – наблюдение 1 раз в 3 года;
 - при дисплазии – 1 раз в год;
 - при дисплазии высокой степени – эндоскопическая подслизистая резекция.

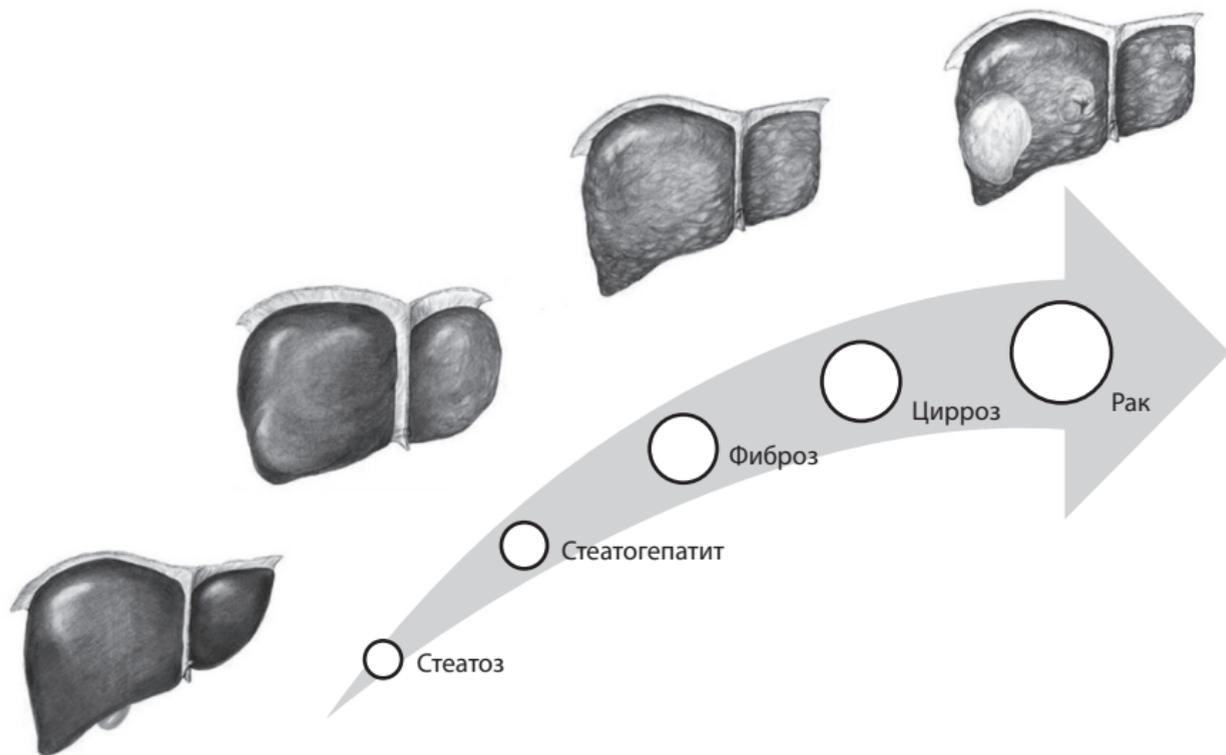
ПИЩЕВОД БАРРЕТТА



Пациент М., 31 год.

ЭГДС. Пищевод Барретта (осложнение ГЭРБ, цилиндрическая метаплазия пищевода) – это предраковая железистая метаплазия нижних отделов пищевода, когда многослойный плоский эпителий замещается цилиндрическим с участками кишечной метаплазии в результате хронического рефлюкса. Наблюдение и лечение у онколога.

СТЕАТОЗ → РАК: печеночный континуум



К75.9 СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА – это повреждение клеток печени (некроз гепатоцитов, дистрофия), повышение проницаемости мембран различной этиологии (вирусной, токсической и т.д.).

ЖАЛОБЫ:

- Бессимптомное течение *или*
- Тяжесть в правом подреберье.
- Горечь во рту.
- Кожный зуд.
- Слабость.
- Боли в суставах.

ОБЪЕКТИВНО: Иктеричность склер. Язык влажный, с белым налетом. ПЛУ не увеличены. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Мышечной защиты нет. Печень выступает на 2–4 см из-под края правой реберной дуги, безболезненна. Селезенка не увеличена.

ОБСЛЕДОВАНИЕ: ОАК. ОАМ. ТВ. ДВ. Общий белок. Альбумин. АЛТ. АСТ. ЩФ. γ -ГТ. ЛДГ. α -амилаза. ПИ. Липаза. Глюкоза. Холестерин. Гепатиты В, С. АФП. РЭА. Ферритин. СА-19-9. СА-50. СА-125. Копрограмма. ЭКГ. ЭГДС. УЗИ брюшной полости.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: Дуоденит. Язвенная болезнь. Конкременты желчного пузыря. Гепатиты. НЖБП. Панкреатит. Колиты. Интоксикации. Опухоли ЖКТ.

ЛЕЧЕНИЕ:

- Диета №5.
- **А. Цитолиз до 5 норм:**
 - Желчегонные: Холензим 1 таб.х3х10, или Гимекромон 200 мгх3х10, или Артишок 200 мгх3х10 вн.
 - Гепатопротекторы: Карсил 70 мгх3х30 или УДХК 250 мгх3х30 (из расчета 13–15 мг/кг массы тела) вн.
- **Б. Цитолиз более 5 норм (без признаков инфекции):**
 - Желчегонные: Холензим 1 таб.х3х10, или Гимекромон 200 мгх3х10, или Артишок 200 мгх3х10 вн.
 - Гепатопротекторы: Карсил 70 мгх3х30 или УДХК 250 мгх3х30 (из расчета 13–15 мг/кг массы тела) вн.
 - Глюкокортикоиды: Преднизолон 50 мг/сут. со снижением на 5 мг/нед.

ГЕПАТОМЕГАЛИЯ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ



Гепатомегалия: варианты заболеваний, при которых наблюдается увеличение печени.

К76 Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), стеатоз (жировой гепатоз) – это хроническое заболевание, характеризующееся диффузными изменениями структуры печени различной этиологии.

ЖАЛОБЫ:

- Бессимптомное течение *или*
- Боль/тяжесть в правом подреберье.
- Горечь во рту.
- Кожный зуд.
- Желтуха.
- Слабость.
- Боли в суставах.

ОБЪЕКТИВНО: Иктеричность склер. Язык влажный, с белым налетом. ПЛУ не увеличены. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Мышечной защиты нет. Печень выступает на 2–4 см из-под края правой реберной дуги, безболезненна. Селезенка не увеличена.

ОБСЛЕДОВАНИЕ: ОАК. ОАМ. Альбумин. ТВ. АЛТ. АСТ. ПИ. ЩФ. γ -ГТ. α -амилаза. Липаза. Холестерин. ТГ. Креатинин. Гастрин. Anti-*Giardia lamblia* IgG, IgM. АФП. РЭА. Ферритин. СА-19-9. СА-50. СА-125. Копрограмма. ЭКГ. ЭГДС. УЗИ брюшной полости.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: Конкременты, полипы ЖП. Холецистит. ЖКБ. Панкреатит. Опухоли ЖКТ.

ЛЕЧЕНИЕ:

- Диета №5.
- Снижение массы тела на 7–10%.
- Гипокалорийная диета 1500–1200–900 ккал/сут.
- Физическая активность 3 раза в неделю по 30 мин.
- УДХК 250 мг×3×30 (из расчета 13–15 мг/кг массы тела) вн.
- Токоферола ацетат (Витамин Е) 200 МЕ×3×30 вн. (пациентам без сахарного диабета 2-го типа).
- Инсулин-сенситайзеры: Метформин 500–750 мг×2×30 вн.
- Пентоксифиллин 200 мг×3×30 вн.
- Рибоксин 200 мг×3×30 вн.

* В соответствии с рекомендациями EASL/EASD/EASO (2016), рекомендациями РГА/РОПИП (2016) по лечению НАЖБП.

**ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ:
классификация печеночно-клеточной функции по Чайлду–Пью
(Шулутко Б.И., Макаренко С.В., 2004; с дополнениями)**

| Показатель | Класс по Чайлду–Пью | | |
|---------------------------|---|--|---|
| | А (5–6 баллов) – компенсированный | В (7–9 баллов) – субкомпенсированный | С (>9 баллов) – декомпенсированный |
| Билирубин, мкмоль/л | <34 (5–21)* | 34–51 | >51 |
| Альбумин, г/л | >35 (35–50)* | 35–28 | <28 |
| ПИ, % | 60–80 (80–130)* | 59–50 | <49 |
| Асцит | Нет | Небольшой транзиторный | Большой торпидный |
| Энцефалопатия | Нет | I–II стадия | III–IV стадия |
| Питание, масса тела | Хорошее | Среднее | Истощение |
| Неврологические нарушения | Нет | Минимальные | Кома |
| Тактика | <ul style="list-style-type: none"> • Базовая терапия + устранение симптомов диспепсии • Панкреатин 1 капс.×3×20 | <ul style="list-style-type: none"> • Диета: ограничить белок (0,5 г/кг/сут.), соль (<2 г/сут.) • Спиринолактон 100 мг/сут. постоянно • Фуросемид 40–80 мг/нед. постоянно • Флорин 1 капс. 2×10 вн. • Ампициллин 500 мг×4×5 каждые 2 месяца | <ul style="list-style-type: none"> • БИТ – 10 дней • Парацетез: Альбумин 10 г + Полиглюкин 200 мл на 1 л удаленной асцитической жидкости • Ампициллин 1 г×4×5 • Флорин 1 капс. 2×10 вн. • Гепастерил-А 500–1000 мл×7 в/в |

* Нормальные значения.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: ПРОГНОЗ

Выживаемость при циррозе печени (по Девидсону, 2010)

| Класс по Чайлду–Пью | Выживаемость, % | | | Летальность, обусловленная патологией печени*, % |
|---------------------|-----------------|-------|--------|--|
| | 1 год | 5 лет | 10 лет | |
| A | 82 | 45 | 25 | 43 |
| B | 62 | 20 | 7 | 72 |
| C | 42 | 20 | 0 | 85 |

* Вследствие печеночной недостаточности, желудочно-кишечных кровотечений, печеночно-клеточного рака.

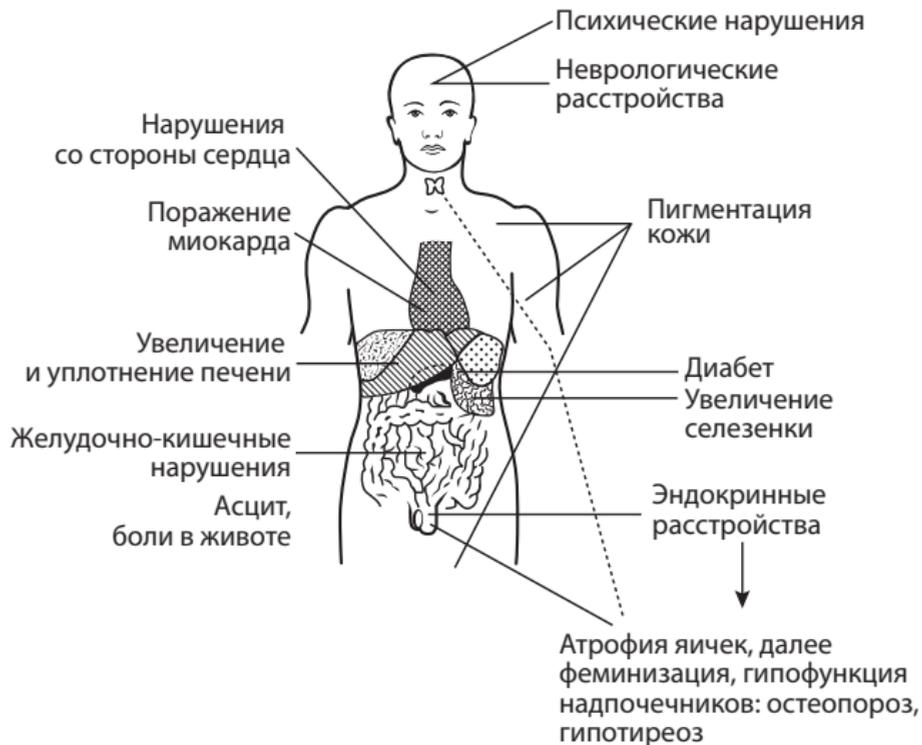
ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ: ПОКАЗАНИЯ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ

| Осложнения |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Первый эпизод бактериального перитонита• Резистентный асцит• Рецидивирующее кровотечение из варикозно-расширенных вен• Печеночно-клеточный рак <5 см• Стойкая печеночная энцефалопатия |
| Снижение функции печени |
| <ul style="list-style-type: none">• Билирубин >100 мкмоль/л (5,8 мг/дл) при первичном билиарном циррозе• Шкала MELD >12 баллов• Класс C по Чайлду–Пью |

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ: ПОКАЗАНИЯ
(Калинин А.В., Логинов А.Ф., Хазанов А.И., 2011)

| | |
|--|--|
| Заболевания с четко определяемыми нарушениями структуры и функции печени | Заболевания без четко определяемых нарушений структуры и функции печени, обусловленные дефектами гепатоцитов |
| Цирроз печени (классы В и С по Чайлду–Пью), связанный с вирусным гепатитом В и С | Гемофилия А и В |
| Алкогольный цирроз печени (классы В и С по Чайлду–Пью) | Первичная гипероксалурия I типа |
| Опухоли печени | Дефицит С-протеина |
| Фульминантный гепатит | Семейная гиперхолестеринемия |
| | Семейная амилоидная полинейропатия |
| Холестатические заболевания печени: <ul style="list-style-type: none"> • Первичный билиарный цирроз печени • Первичный склерозирующий холангит • Врожденные пороки желчных путей | |
| Метаболические заболевания печени: <ul style="list-style-type: none"> • Болезнь Вильсона–Коновалова • Идиопатический гемохроматоз • Дефицит α_1-антитрипсина • Болезнь Гоше 1-го типа • Эритропоэтическая протопорфирия | |

ГЕМОХРОМАТОЗ



Гемохроматоз: наиболее частые признаки.

Е83.1 ГЕМОХРОМАТОЗ (цирроз пигментный) – это наследственное заболевание, характеризующееся нарушением обмена железа, накоплением железа в тканях печени, сердца с последующим повреждением и недостаточностью органов в результате повышенного всасывания его в тонком кишечнике.

ЖАЛОБЫ: Боли в животе, в мелких, коленных, тазобедренных суставах; тяжесть в правом подреберье; потемнение и желтушность кожи; выпадение волос на теле; снижение либидо и потенции; отсутствие менструаций; отеки нижних конечностей; нарушения ритма сердца, перебои в области сердца; увеличение живота; жидкий стул; слабость.

ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы гиперпигментированы, желтушны. Гинекомастия. Голени пастозны/отечны. Суставы кистей, коленные и тазобедренные болезненны, активные движения в них ограничены. Аритмия. Границы сердца расширены влево на 2 см. Живот увеличен, боль в эпигастральной области и средней трети. Печень выступает на 2–4 см из-под края правой реберной дуги. Селезенка увеличена. Яички атрофированы.

ОБСЛЕДОВАНИЕ: ОАК. ОАМ. ТВ. ДВ. Общий белок. Альбумин. АЛТ. АСТ. ЩФ. γ -ГТ. ЛДГ. α -амилаза. ПИ. РФ. Липаза. Глюкоза. Холестерин. Гепатиты В, С. ОЖСС. Трансферрин. Железо. АФП. РЭА. Ферритин. СА-19-9. СА-50. СА-125. Копрограмма. ЭКГ. ЭГДС. УЗИ брюшной полости.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: Наследственные анеми с нарушением эритропоэза. Циррозы печени. Гепатит. Панкреатит. Псевдоподагра. Артриты. Кардиомиопатия рестриктивная.

ЛЕЧЕНИЕ:

- Диета №5.
- Выведение железа из организма: кровопускания по 500 мл 1–2 раза в неделю в течение 2–3 лет.
- Десферал: стартовая доза – 1 г/сут., поддерживающая – 0,5 г/сут. в/м или в/в кап.
- Лечение вторичных изменений: коррекция гормональных нарушений, при поражениях суставов – НПВП.
- Хирургическое лечение: протезирование суставов.

R19.8 ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА (с ростом патогенной микрофлоры) – это количественное и/или качественное нарушение микрофлоры в связи с ростом патогенной или условно-патогенной микрофлоры в кишечнике.

ЖАЛОБЫ:

- Кишечные: урчание в животе; вздутие живота; метеоризм; периодические боли в животе, колики; запоры/жидкий стул.
- Внекишечные: крапивница; молочница; угревая сыпь на лице.

ОБЪЕКТИВНО: Язык влажный, с белым налетом и отпечатками зубов по бокам. ПЛУ не увеличены. Живот мягкий, умеренно болезненный в средней, нижней трети справа и слева. Мышечной защиты нет. Печень и селезенка не увеличены.

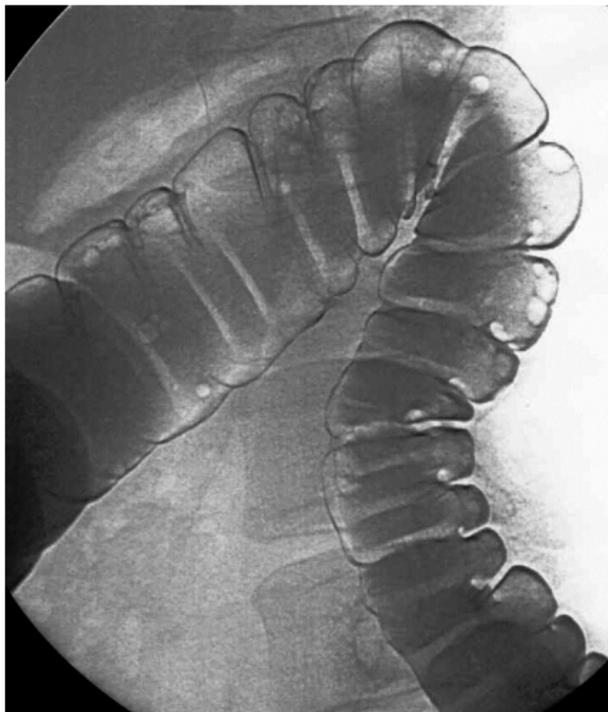
ОБСЛЕДОВАНИЕ: ОАК. ОАМ. АЛТ. ЩФ. γ -ГТ. α -амилаза. Липаза. Глюкоза. Креатинин. БИФ. МАК. ЭГДС. Кальпротектин. УЗИ брюшной полости.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: Гастродуоденит. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Панкреатит. Аппендицит. КИНЭ. Иерсиниоз. Колиты. Дивертикулярная болезнь. Дискинезия кишечника. Грыжи живота, паховые грыжи. Аднекситы. Цистит. Опухоли кишечника и малого таза.

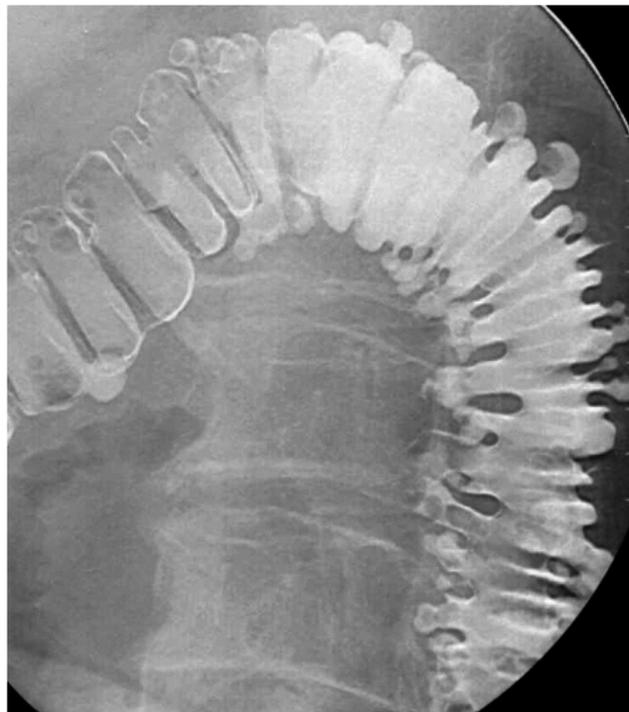
ЛЕЧЕНИЕ:

- Диета №3 или №4.
- Противомикробные:
 - *Citrobacter* spp.: Норфлоксацин 400 мгх2х6 вн.;
 - *Enterococcus* spp.: Фурамаг 50 мгх3х6, или Ампициллин 500 мгх3х6, или Норфлоксацин 400 мгх2х6 вн.;
 - *Klebsiella* spp.: Цiproфлоксацин 250 мгх2х5 вн.;
 - *Clostridium* spp.: Левофлоксацин 500 мгх1х6 или Цiproфлоксацин 250 мгх2х6 вн.;
 - *Morganella morganii*: Норфлоксацин 400 мгх2х6 вн.;
 - *Proteus* spp.: Фурадонин 50 мгх3х7 вн.;
 - *Pseudomonas* spp.: Рифаксимин-а 200 мгх2х6 вн.;
 - *Serratia*: Цiproфлоксацин 500 мгх2х6 или Левофлоксацин 500 мгх2х6 вн.;
 - *Staphylococcus aureus*: Эритромицин 250 мгх4х6, или Фурадонин 50 мгх3х7, или Рифаксимин-а 200 мгх2х6, или Левофлоксацин 500 мгх2х6 вн.

Дивертикулярная болезнь кишечника (ирригоскопия)



Пациент К., 27 лет.
Петли кишечника в норме.



Пациентка З., 63 года.
Множественные дивертикулы кишечника.

K57 ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ КИШЕЧНИКА – единичные или множественные слепо оканчивающиеся мешковидные выпячивания на петлях кишечника, сообщающиеся с его просветом, с наличием или отсутствием воспалительных изменений (дивертикулез) и/или нарушением микробиоценоза.

ЖАЛОБЫ:

- Бессимптомное течение *или*
 - Вздутие живота.
 - Метеоризм.
 - Запоры/жидкий стул.
- При дивертикулите:*
- Боли в животе.
 - Субфебрилитет.

ОБЪЕКТИВНО: Язык влажный, с белым налетом. ПЛУ не увеличены. Живот мягкий, умеренно болезненный в средней, нижней трети. Мышечной защиты нет. Печень и селезенка не увеличены.

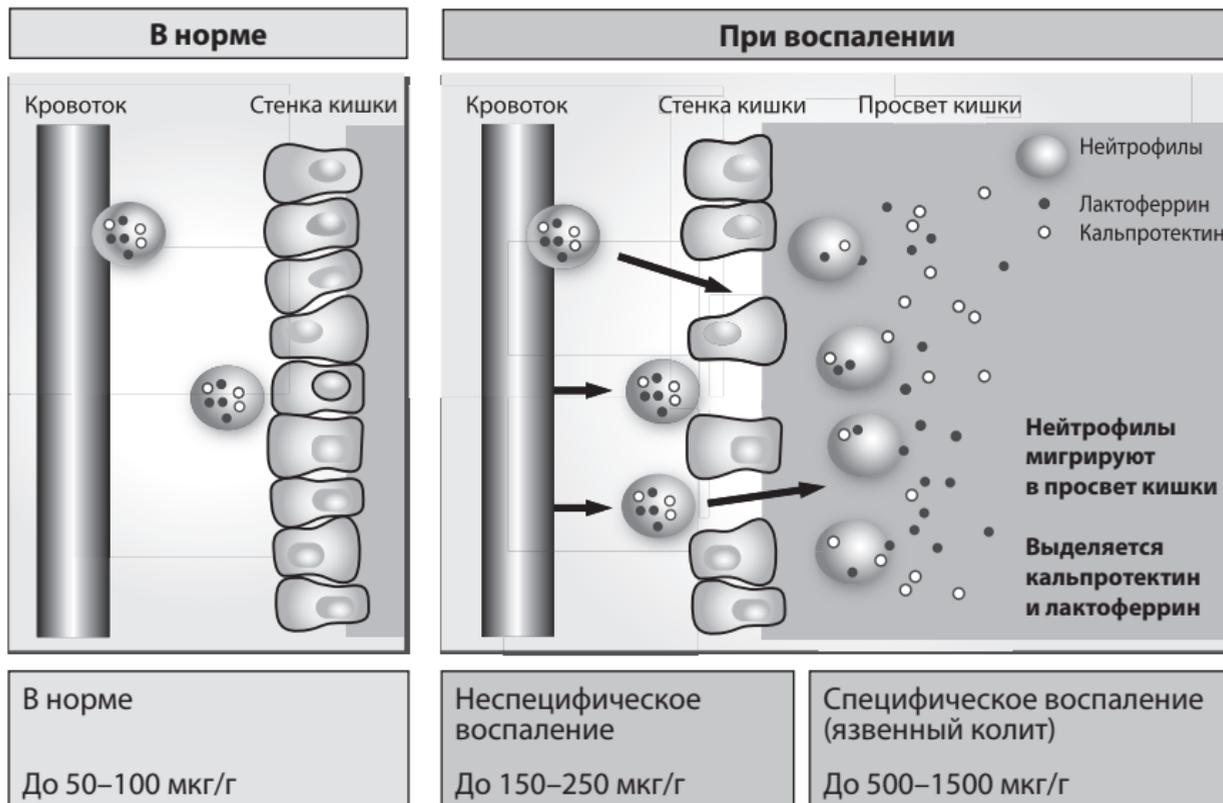
ОБСЛЕДОВАНИЕ: ОАК. ОАМ. α -амилаза. Липаза. БИФ. МАК. Кал на МКИ. ИГС. КФС.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: Аппендицит. КИНЭ. Иерсиниоз. Колиты. Дискинезия кишечника. Опухоли кишечника и малого таза. Спаечная болезнь. Паразитарные инфекции. Заболевания органов малого таза.

ЛЕЧЕНИЕ:

- Диета №4.
- Прокинетики: Домперидон 10 мг×3×10, или Метоклопрамид 10 мг×3×10, или Лоперамид 2 мг×3×15 вн.
- Спазмолитики: Дротаверин 40 мг×3×10 вн.
- 5-АСК: Сульфасалазин или Месалазин 500 мг×3×10 вн.
- Противомикробные: Рифаксимин- α 200 мг×2×7 или Фуразолидон 100 мг×4×8 вн.
- Нормализация микрофлоры: Флорин 1 капс. 2×10 вн.
- Хирургическое лечение.

КИШЕЧНИК: МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ КАЛЬПРОТЕКТИН И ЛАКТОФЕРРИН



СПЛЕНОМЕГАЛИЯ

Увеличение размеров селезенки, выявляемое при объективном осмотре и/или при УЗИ (>140×70 мм); возникает при многих заболеваниях, провоцирующих появление лимфаденопатии; селезенка – самый большой «лимфоузел» в организме



Варианты диагностического поиска

- Портальная гипертензия:
 - подпеченочный блок: тромбоз селезеночных вен, воротной вены;
 - внутripеченочный портальный блок: цирроз печени;
 - постпеченочный блок: тромбоз печеночных вен
- Синдром Бадда–Киари
- Болезни накопления
- Сепсис; эндокардит
- Болезни Стилла, Бека
- Малярия

- Туберкулез; риккетсиозы
- Тиф, паратиф • Бруцеллез
- Гистоплазмоз
- Мононуклеоз инфекционный
- Краснуха
- Лептоспирозы
- Опухолевые заболевания
- Кисты селезенки
- Сердечная недостаточность
- Синдром Фелти (ревматоидный артрит)
- Разрыв селезенки
- Острый лейкоз

- Хронический миелолейкоз
- Хронический лимфолейкоз
- Эритремии, эритролейкемии
- Плазмоцитома
- Макроглобулинемия Вальден-стрема
- Лимфосаркома
- Лимфогранулематоз
- Лимфобластома
- Гемолитические анемии
- Тромбоцитопения
- Полицитемия
- Саркоидоз; амилоидоз



Дифференциально-диагностические исследования

- ОАК. ОАМ. Билирубин и фракции. Общий белок и фракции. АЛТ. АСТ. ЩФ. γ -ГТ. ПИ. α -амилаза. Липаза. Глюкоза. Креатинин. ВИЧ. Маркеры гепатита и других инфекций. ТРНА. RPR. Онкомаркеры. • ЭКГ. Рентгенография грудной клетки. ЭГДС. УЗИ брюшной полости

ТОШНОТА

Субъективное ощущение обратного движения пищи или позывы к рвоте; может сопровождаться избыточной саливацией, потливостью, бледностью, тахикардией и учащенным дыханием



Варианты диагностического поиска

- Гастрит
- Гастроэнтерит
- Рак желудка
- Гепатит
- СРК
- Панкреатит острый
- Язва пептическая
- Язвенный колит
- Холелитиаз
- Цирроз печени
- Дивертикулит
- Панкреатит острый
- Холецистит острый

- Перитонит
- Ишемия брыжеечной артерии
- Тромбоз брыжеечной вены
- Непроходимость кишечника
- Аппендицит
- Беременность внематочная
- Гестоз/нефропатия беременных
- Презклампсия
- Метаболический ацидоз
- Гипонатриемия
- Гипокалиемия
- Гипокальциемия
- Тиреотоксикоз

- Недостаточность надпочечников
- Инфаркт миокарда
- НК застойная
- Болезнь Меньера
- Лабиринтит
- Мигрень
- Лекарственные препараты: препараты калия, хлора, железа, антибиотики и др.
- После лучевой терапии
- Послеоперационный период
- Сосудистая недостаточность



Дифференциально-диагностические исследования

• ОАК. ОАМ. Билирубин и фракции. Общий белок и фракции. АЛТ. АСТ. ЩФ. γ -ГТ. ПИ. α -амилаза. Липаза. Глюкоза. Креатинин. Натрий. Калий. Кальций. T_3 . T_4 . ТТГ. • ЭКГ. Рентгенография грудной клетки. ЭГДС. Кальпротектин. УЗИ щитовидной железы, брюшной полости. • Консультации: кардиолог, эндокринолог, хирург, ЛОР

МКБ-10 в практике гастроэнтеролога

| | | | |
|--------|---|-------|---|
| L70 | Аспе – угри, синдром угревой сыпи | K76.6 | Гипертензия портальная |
| L50 | Аллергическая крапивница | K41 | Грыжа бедренная |
| T78.4 | Аллергия неясного генеза | K46 | Грыжа брюшной полости неуточненная |
| D64.9 | Анемия неясной этиологии | K44 | Грыжа диафрагмальная |
| D13 | Ангиома печени | K40 | Грыжа паховая |
| K35.9 | Аппендицит острый | K42 | Грыжа пупочная |
| R18 | Асцит | K21 | ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь = рефлюксный эзофагит |
| Z34 | Беременность нормальная | | |
| R52 | Болевой синдром неуточненный | K82.8 | Дискинезия желчевыводящих путей |
| K91.1 | Болезнь оперированного желудка | K57.0 | Дивертикулярная болезнь кишечника |
| R75.0 | ВИЧ – лабораторное обнаружение | R19.8 | Дисбактериоз кишечника |
| K29.4 | Гастрит атрофический хронический | K59.9 | Дискинезия кишечника |
| K29.5 | Гастрит неатрофический хронический | K83.4 | Дисфункция сфинктера Одди = Постхолестэктомический синдром |
| K29.7 | Гастрит, неуточненные формы | | |
| K29.3 | Гастрит поверхностный хронический | K26 | Дуоденит эрозивный = острые эрозии ДПК |
| K25 | Гастрит эрозивный/острые эрозии желудка | R10 | Живот острый |
| K29.9 | Гастродуоденит хронический | E80.4 | Жильбера синдром/гепатоз пигментный |
| D13 | Гемангиома печени | K80 | ЖКБ – желчнокаменная болезнь |
| I84.0 | Геморрой | Z80 | Злокачественные новообразования в семейном анамнезе |
| E83.1 | Гемохроматоз = пигментный цирроз | | |
| B15–19 | Гепатит вирусный острый | B37 | Кандидоз других локализаций |
| K73 | Гепатит хронический неуточненный | A04.9 | КИНЭ – кишечные инфекции неясной этиологии |
| R16 | Гепатолиенальный синдром | | |
| R16 | Гепатомегалия и спленомегалия | K63 | Кишечника другие болезни неуточненные |
| B00.9 | Герпетическая инфекция неуточненная | K52 | Колит неязвенный |
| R73.0 | Гипергликемия | K51 | Колит язвенный неспецифический |
| E78.0 | Гиперлипидемия | Z71.3 | Консультация по вопросам питания |

| | | | |
|-------|---|-------|---------------------------------------|
| Z20 | Контакт с инфекционным больным | D13 | Полипы органов пищеварения |
| L50 | Крапивница | Z98 | Постхирургические состояния другие |
| Z71.2 | Консультация результатов исследований | K91.5 | Постхолецистэктомический синдром = |
| K92.2 | Кровотечение желудочное | K83.4 | Дисфункция сфинктера Одди |
| R58 | Кровотечения других локализаций | Z00.0 | Прием профилактический |
| R59 | Лимфаденопатия | K62.8 | Проктит |
| R50 | Лихорадка неясного генеза | Z00 | Профилактический прием/осмотр |
| B02 | Лишай опоясывающий | F99 | Психическое расстройство неуточненное |
| B36 | Лишай разноцветный | C16 | Рак желудка |
| Z00.0 | Медосмотр общий | C15 | Рак пищевода |
| Z34 | Нормальная беременность | K75.9 | Синдром цитолиза |
| F48 | Неврастения, неврастенический синдром | E80.4 | Синдром Жильбера/пигментный гепатоз |
| K76 | НЖБП – неалкогольная жировая болезнь печени | R70 | СОЭ, повышение |
| Z22 | Носительство возбудителя инфекционной болезни | K66 | Спаечная болезнь |
| E66.9 | Ожирение | N99.4 | Спайки послеоперационные в малом тазу |
| K91.1 | Оперированный желудок | R16.1 | Спленомегалия |
| D13 | Опухоли доброкачественные ЖКТ | K58 | СРК – синдром раздраженного кишечника |
| Z03.1 | Опухоли злокачественные, подозрение | L70 | Угревая сыпь |
| J06.9 | ОРВИ | K74 | Фиброз и цирроз печени |
| R10.0 | Острый живот | K80 | Холецистит калькулезный. ЖКБ |
| K86.1 | Панкреатит хронический | K81 | Холецистит острый |
| K65 | Перитонит | K81.1 | Холецистит хронический |
| K76 | Печени заболевания другие | K74 | Цирроз печени |
| A05.9 | Пищевая токсикоинфекция | K20 | Эзофагит |
| K22 | Пищевода другие болезни | K26 | Язвенная болезнь ДПК |
| Z03.1 | Подозрение на злокачественную опухоль | K25 | Язвенная болезнь желудка |

Алфавитный указатель

Helicobacter pylori

диагностика, 28

показания к эрадикации, 28

схемы эрадикации, 29

Алгоритмы диагностики, 113

Анемия железodefицитная, 114

Асцит, 115

Атрофический гастрит, 23, 32

Афты/эрозии в полости рта, 116

Барретта пищевод, 16

Билирубин, наследственные нарушения, 69

Болезнь

Крона, 98

оперированного желудка, 33

спаечная, 105

Бристольская шкала форм кала, 84

Галитоз (запах изо рта), 121

Гамартома (синдром Пейтца–Егерса), 58

Гастрит(ы)

атрофический хронический, 23

классификация, Сиднейская система, 20

неатрофический хронический, 21

Гастрит – рак: этапы канцерогенеза желудка, 22

Гастроудоденит хронический, 27

Гастропанель

гастрин-17, *H. pylori*, 26

пепсиноген, 24

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), 14

неэрозивная форма, 15

эрозивная форма, 15

Гемангиома печени, 79

на УЗИ, 78

Геморрой, 106, 107

Гемохроматоз, 76

Гепатит вирусный острый, 68

Гепатоз

жировой, 67

пигментный, 69

Гепатомегалия (увеличение печени), 117

дифдиагноз, 66

Гепатоцеллюлярная карцинома, 81

Гепатоциты, некроз, дистрофия, 65

Глютенная недостаточность, 101

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), 12, 13

Демпинг-синдром, 33

Дерматиты при заболеваниях ЖКТ, 96

Диарея

острая, 118

хроническая, 119

Дивертикулярная болезнь кишечника, 92, 93

Диета 1 (гастриты с повышенной секрецией, язвенная болезнь), 134

Диета 3 (заболевания кишечника, гипокINETический тип, запоры), 135

Диета 4 (заболевания кишечника, гиперкинетический тип, диарея), 136

Диета 5 (заболевания печени и желчевыводящих путей), 137