

## Лекционное занятие № 1

**Тема: «Лечение острого и хронического гастрита. Лечение язвенной болезни желудка и 12- п. кишки. Лечение хронических панкреатитов, энтеритов, колитов.**

### Лечение острого гастрита

Устранить причины.

Постельный режим.

Промывание желудка, очистительная клизма.

Голод 1-2 дня.

Обильное питьё.

С 3-го дня постепенное расширение диеты (гастроэнтерологическая диета № 2 с механическим и химическим щажением и к концу недели общий стол. При болях в животе бесалол 0,3г внутрь, но-шпа 2%-2 мл в/м, платифилин 0,2%-2 мл п/к, внутрь новокаин.

При большой потере жидкости - инфузионная терапия (глюкоза 5% - 400 мл, р-р. Рингера).

**Лечение хронического гастрита.** При обострении заболевания и при впервые выявленном проводится стационарное лечение в гастроэнтерологическом или терапевтическом отделении с последующим амбулаторным лечением.

В период обострения болезни, независимо от характера секреторных расстройств, соблюдается принцип щажения слизистой оболочки желудка. Назначается гастроэнтерологическая диета № 2. Это вариант диеты с механическим и химическим щажением. Питание должно быть дробным, 5-6 раз в сутки. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью диета должна быть полноценной и содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов. Пищу следует принимать 4-5 раз в сутки. В диету включается нормальное количество поваренной соли и экстрактивных веществ. В период ремиссии диета расширяется. Назначается базисная диета № 1. Это основной вариант стандартной диеты.

### Медикаментозное лечение.

**При гастритах, ассоциированных с НР, с язвенноподобной диспепсией (с повышенной секрецией):**

#### Антихеликобактерная терапия:

*Семидневные схемы*

*№1*

Пилорид (ранитидин висмут цитрат) 400 мг – 2 раза в день

+ кларитромицин (клацид) 250 мг – 2 раза в день или тетрациклин 500 мг – 2 раза в день, или амоксицилин 1000 мг – 2 раза в день

+ метронидазол (трихопол) 500 мг -2 раза в день

*№2*

Омепразол (лосек) 20 мг – 2 раза в день

+ кларитромицин (клацид) 250 мг – 2 раза в день

+ метронидазол (трихопол) 500 мг -2 раза в день

*Десятидневная схема*

ранитидин (зантак) 150 мг – 2 раза в день или фамотидин 20 мг – 2 раза в день, омепразол 20 мг 2 раза в день

+ гастростат (калиевая соль двузамещённого цитрата висмута + тетрациклин) 108 мг в таблетках 5 раз в день с едой

+ метронидазол 250 мг в таблетках 5 раз в день с едой

Антациды: гастроцепин по 25-50 мг 2р/д., маалокс (гастал, ремагель, фосфалюгель) по 1 содержимому пакета 3 р/д через 1 час после еды.

#### **При гастритах с пониженной секрецией:**

Проводится заместительная терапия ацидин-пепсином, ферментными препаратами (фестал, дигестал), стимулирующими желудочную секрецию (плантаглоцид, сок подорожника, витамины (С, РР, В<sub>6</sub>).

Применяются физические методы лечения (грелки, грязелечение, гидротерапия).

При гипомоторной дискинезии – мотилиум или цизаприд по 10 мг 3-4 р/д перед едой.

При аутоиммунном (атрофическом) гастрите с мегалобластной анемией, подтверждённой исследованием костного мозга назначается внутримышечное введение по 1мл 0,1% раствора цианкоба-

ламина (1000мкг) в течение 6 дней, далее – в той же дозе в течение месяца препарат вводится 1 раз в неделю, а в последующем – длительно (пожизненно) 1 раз в 2 месяца.

**Требования к результатам лечения.** Отсутствие симптомов, эндоскопических и гистологических признаков активности воспаления и инфекционного агента (полная ремиссия).

Прекращение боли и диспепсических расстройств, уменьшение признаков воспаления без обнаружения НР.

#### ***Профилактика хронического гастрита.***

Первичная профилактика направлена на предупреждение заболевания. Она включает в себя рациональное питание с детства, организацию труда и отдыха, борьбу с табакокурением и алкоголизмом, создание благоприятного психологического микроклимата в семье, на производстве, занятия физкультурой и спортом.

Вторичная профилактика предусматривает предупреждение обострений заболевания. Диспансерное наблюдение 2 раза в год. Противорецидивное лечение.

#### **Лечение язвенной болезни:**

***Принципы лечения язвенной болезни.*** Различают два вида лечения: консервативное и хирургическое. Первое проводят при неосложненной ЯБ, второе— при подозрении на кровотечение, перитритию, перфорацию или малигнизацию, при каллезных язвах.

Все выявленные случаи ЯБ лечатся в стационаре в гастроэнтерологическом или терапевтическом отделении в течение 7—10 дней, а затем долечиваются амбулаторно.

Диета №2 (гастроэнтерологическая диета с механическим и химическим щажением). Питание дробное, ограничивается количество соли. Пища должна содержать значительное количество витаминов.

#### **Медикаментозное лечение**

##### Антихеликобактерная терапия.

##### *Семидневные схемы*

##### *№ 1*

омепразол 20 мг — 2 раза в день + кларитомин (клацид) 250 мг — 2 раза в день + метронидазол (трихопол) 500 мг — 2 раза в день в конце еды

##### *№2*

омепразол 20 мг — 2 раза в день + амоксициллин по 1 г — 2 раза в день в конце еды + метронидазол (трихопол) 500 мг — 2 раза.

##### *№ 3*

ранитидин (пилорид) 400 мг — 2 раза в день + кларитомин 250 мг или тетрациклин 500 мг — 2 раза в день + метронидазол (трихопол) 400—500 мг — 2 раза.

##### *Десятидневная схема*

ранитидин (пилорид) 300 мг — 2 раза в день (или фамотидин) + калиевая соль двузамещенного цитрата висмута 108 мг — 5 раз в день + метронидазол 200 мг — 5 раз в день + тетрациклина гидрхлорид 250 мг — 5 раз в день после еды.

После окончания комбинированной терапии продолжают лечение еще в течение 5 недель (7 недель) назначают один из препаратов (ранитидин, фамотидин) 1 раз вечером.

Антациды (для снижения кислотности желудочного сока). Назначаются за 30 мин до еды или через 1,5 часа после еды: Альмагель, Фосфалюгель, Ремагель.

Холинолитики, (ограничивают поступление нервных импульсов от нервных центров к желудку и наоборот).

атропин, метацин, платифилин;

##### Для подавления секреции желудочного сока:

ранитидин, зантак, фамотидин, гастроцепин (при повышенной секреции).

Для нормализации моторики желудка назначается церукал, папаверин, но-шпа

При пониженной секреции – ферменты (мезим, панкреатин)

Назначаются и седативные средства (валериана, пустырник), транквилизаторы (реланиум, diazepam).

Физиотерапевтические методы лечения (парафиновые аппликации, электрофорез кальция), гидротерапия (ванны, душ).

Эффективность лечения при язве желудка контролируется эндоскопически через 8 недель, а

при дуоденальной язве — через 4 недели.

После периода обострения показано санаторно-курортное лечение с применением слабощелочных минеральных вод, грязелечения, диеты.

**Профилактика.** Различают первичную и вторичную профилактику язвенной болезни.

Первичная профилактика направлена на предупреждение заболевания. Она включает в себя рациональное питание с детства, организацию труда и отдыха, борьбу с табакокурением и алкоголизмом, создание благоприятного психологического микроклимата в семье, на производстве, занятия физкультурой и спортом.

Первичная профилактика должна быть направлена на раннюю диагностику и лечение предъязвенного состояния: хронических гастритов, дуоденитов, а также выявления других факторов риска.

Вторичная профилактика предусматривает предупреждение обострений заболевания. Для предупреждения обострений ЯБ и осложнений рекомендуется два типа терапии: непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе, например, принимать ежедневно вечером 150 мг ранитидина или по 20 мг фамотидина (квამетел); профилактическая терапия «по требованию», предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, прием одного из антисекреторных препаратов (ранитидин, фамотидин, омепразол) в полной суточной дозе в течение 2-3 дней, а затем в половинной — в течение двух недель.

**Диспансерное наблюдение** за пациентами с язвенной болезнью проводится долго (в течение 5 лет после очередного рецидива или обострения). Оно включает профилактические курсы лечения, особенно весной и осенью (иногда целый год). Проводится санация инфекционных очагов, лечение сопутствующих заболеваний, периодическое рентгенологическое, эндоскопическое исследования.

При проведении диспансеризации необходимо следить за условиями труда и быта пациента, за его правильным питанием, определять показания для стационарного или санаторно-курортного лечения. Пациент считается выздоровевшим и снимается с диспансерного учета при отсутствии рецидивов заболевания в течение 5 лет.

#### **Неотложная помощь при желудочном кровотечении:**

- 1) Строгий постельный режим.
- 2) Пузырь со льдом на эпигастральную область.
- 3) Запретить прием воды и пищи.
- 4) Фамотидин 20 мг внутрь (при гиперсекреции)
- 5) Дицинон (этамзилат) 12,5% - 2-4 мл в/в струйно.
- 6) Эпсилонаминокапроновая кислота 5% - 100 мл в/в капельно. Можно пить глотками.
- 7) Изотонический раствор хлорида натрия 200 мл или 5% р-р глюкозы в/в капельно.
- 8) Аскорбиновая кислота 5% - 10 мл в 10 мл 5% р-ра глюкозы в/в струйно.
- 9) При внезапном падении АД эпинефрин (адреналин) 0,1 % - 1мл или норэпинефрин 0,2%- 1мл или допамин 5% - 4мл в/в капельно на изотоническом растворе хлорида натрия.
- 10) Срочная госпитализация в хирургическое отделение под контролем ЧСС, АД.

#### **Неотложная помощь при перфорации язвы:**

- 1) Обезболивание не проводится до осмотра хирургом.
- 2) Можно вводить кровоостанавливающие.
- 3) Если АД низкое, вводится 2 мл кордиамина в/м или 1 мл 1% раствора мезатона.
- 4) Срочная госпитализация в хирургическое отделение для ушивания язвы.

**Тактика фельдшера при пилоростенозе:** при компенсированном и субкомпенсированном — необходима консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении в плановом порядке. При декомпенсированном — промывание желудка и срочная госпитализация в хирургическое отделение.

**Тактика фельдшера при малигнизации язвы:** пациенты направляются к онкологу для уточнения диагноза и решения вопроса об оперативном лечении.

## Лечение хронического панкреатита.

При обострении госпитализация в гастроэнтерологическое или терапевтическое отделение.

Этиологическое лечение. Устранение причины способствует стабилизации и уменьшает воспалительный процесс. Важно лечить все заболевания пищеварительной системы, печени и желчевыводящей системы.

Для подавления секреции поджелудочной железы в первые 1-2 дня голод, холод на эпигастрии и покой. Прием минеральных вод. Затем диета № 2 (гастроэнтерологическая)

*Купирование болевого синдрома.* атропин 0,1 % 1 мл п/к, платифиллин 0,2 % 1 мл п/к, но-шпа 2% - 2мл в/м.

Новокаин — 100 мл 0,25% раствора внутривенно капельно. Новокаин используется как противоболевое средство и как угнетающее внешнюю секрецию железы. Эуфиллин — 10 мл 2,4% раствора с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно очень медленно. Эуфиллин снимает спазм сфинктера Одди. Нитроглицерин по 0,0005 под язык оказывает быстрый спазмолитический эффект.

После консультации хирурга наркотические анальгетики (применяются для купирования очень интенсивных болей). Обычно применяется промедол 2% раствор 1 мл внутримышечно или внутривенно (морфина гидрохлорид не рекомендуется вводить, так он вызывает спазм сфинктера Одди).

*Подавление секреции поджелудочной железы:* применение антацидов (альмагель, фосфалюгель). Подавляют секрецию желудка и поджелудочной железы: циметидин по 400 мг утром и вечером, омепразол по 40—60 мг в сутки, внутривенное введение анаприлина (обзидана).

*Антиферментные средства (для подавления активности ферментов поджелудочной железы:* трасилол не менее 100 000 ЕД в сутки; контрикал — не менее 20 000— 40 000 ЕД в сутки; гордокс — не менее 50 000 ЕД в сутки.

При дисбактериозе, осложнившим течение ХП, назначают эубиотики (линекс, бифиформ, бификол).

При нарушении дуоденальной проходимости — церукал по 10 мг (2 мл) внутримышечно, мотилиум — нормализуют моторику кишечника. Принимают по 0,01 3—4 раза в день за 30 минут до еды.

При выраженной диарее — имодиум по 0,002-0,004 г 3 раза в день.

### Лечение минеральными водами.

Положительное влияние на поджелудочную железу оказывают мало- и среднеминерализованные минеральные воды: «Славяновская», «Смирновская», «Ессентуки № 4», «Боржоми».

Минеральные воды применяют внутрь (при температуре 37-40°C) начиная с 1/4 стакана, постепенно доводя дозу на прием до 1/2, в фазе ремиссии до 1 стакана. При пониженной секреторной функции желудка, минеральные воды, принимают за 30 мин до еды, а при повышенной — за 1-1,5 ч до еды. Лечение осуществляется в течение 3-4 недель.

Физиотерапия. Физиотерапия может оказывать болеутоляющий эффект и противовоспалительное действие. Применяется она в фазе затухающего обострения.

### *Профилактика ХП.*

Первичная профилактика заключается в своевременном лечении заболеваний, играющих этиологическую роль в возникновении ХП, устранении возможности хронических интоксикаций, способствующих развитию заболевания (производственных, алкоголизма), в обеспечении рационального питания и режима приема пищи.

Вторичная профилактика ХП заключается в диспансеризации заболевших пациентов. При легкой степени участковый терапевт осматривает и обследует пациента 2 раза в год и назначает привентивную терапию: диета № 2 - гастроэнтеро-логическая диета с механическим и химическим щажением, ферментные препараты, нормализующие моторную функцию кишечника (реглан, церукал), по показаниям — желчегонные.

При ХП средней тяжести — обследование проводится 3 раза в год и привентивная терапия.

*Санаторно-курортное лечение* в санаториях местного профиля и на Кавказе в период ремиссии. При ХП тяжелой степени — осмотр и обследование гастроэнтеролога 4—6 раз в год, эндокринолога, остальное так же, как при средней тяжести ХП.

*Хирургическое лечение.* Хирургическое лечение проводится при наличии кист поджелудочной железы, ее некрозе, при дуоденостенозе и др.

### Лечение хронического энтерита.

В период выраженного обострения или при тяжелом течении болезни с потерей массы тела более 10 кг, с дистрофическими изменениями кожи, ногтей и т.д. пациенты госпитализируются в гастроэнтерологическое отделение, где необходимо соблюдение постельного режима. При нетяжелом течении пациенты лечатся амбулаторно. Запрещается работа, требующая больших физических усилий и психоэмоционального напряжения.

Лечебное питание. Цель лечебного питания — механическое, химическое и термическое питание кишечника.

При резком обострении заболевания рекомендуется 1—2 «голодных» дня с введением внутрь 1,5-2 л жидкости в виде горячего некрепкого чая с лимоном, разведенного водой, сока черной смородины, отвара шиповника. Вместо «голодных» дней с учетом переносимости можно использовать разгрузочные дни: ацидофильный (1,5 л ацидофильного молока в сутки), кефирный (1,5л кефира), яблочный (1,5 кг яблок, очищенных от кожуры, пропущенных через мясорубку), морковный (1,5 кг моркови).

После «голодных» дней назначается диета № 2 гастроэнтерологическая диета с механическим и химическим щажением. Соусы, пряности, закуски, алкоголь запрещаются. Режим питания дробный — 5-6 раз в день. В лечебном питании пациента с ХЭ широко используются питательные смеси, рекомендованные для детского питания («Малыш» и др.). В период ремиссии показана высокобелковая диета № 3.

Проводится *антибактериальная терапия* с учетом этиологической роли инфекционных возбудителей. Для борьбы с инфекцией назначают антибактериальные препараты с учетом выделенной из кишечника микрофлоры и чувствительности ее к антибактериальным препаратам. Применяют обычно средние терапевтические дозы, курс лечения одним препаратом 5-10 дней.

При стафилококковом эффективны эритромицин по 0,25 г 3-4 раза в сутки (7-14 дней) или олеандомицин в той же дозировке. Тетрациклин, ампицилин, канамицин назначаются в таблетках по 0,2 г 4-5 раз в день.

Бисептол — 480 по 2 таблетки 2 раза в день, фталазол, фтазин по 1 - 2 г 4—6 раз в день. При выявлении иерсиниоза: левомицетин по 0,5 г 3 раза в день, бисептол. При протейном: интестопан по 1 таблетке 3 раза в день, энтеросептол, мексаформ, а также при диарее — невограмон (неграм).

Эффективны препараты нитрофуранового ряда: фуразолидон, фуразолин, фурагин, фуракрилин в таблетках по 0,15 г 4 раза в день (7— 10 дней). При синегнойной инфекции: полимиксин М сульфат в таблетках по 500 000 ЕД 6 раз в день в течение 10 дней, карбеницилин по 1—2 г 4 раза в день внутримышечно.

При выявлении лямблиоза назначают метронидазол по 0,25 г 3— 4 раза в день или фуразолидон по 0,5 г 4 раза в день.

При анаэробной флоре: линкомицин в капсулах по 0,5 г 4 раза в день внутрь, канамицин по 0,3-0,45 г внутрь 4 раза в день, сульфаниламидные и нитрофурановые препараты.

При обнаружении патогенных грибов (кандидоз): нистатин или леворин по 500 000 ЕД 3—4 раза в день.

При невозможности определить возбудитель, но при наличии клинических признаков обострения ХЭ применяются препараты широкого спектра действия: нитрофурановые, оксихинолиновые соединения, 1 % раствора хлорофиллипта по 30 капель 3 раза в день, интетрикс (комбинированный антибактериальный препарат широкого спектра действия) по 2 капсулы 3 раза в день в течение 3—5 дней.

*Эубиотики* (для восстановления нормальной кишечной флоры:

колибактерин, бифидумбактерин, бификол, лактобактерин, линекс.

*Применение вяжущих, адсорбирующих и обволакивающих* лекарственных препаратов и растений.

энтеродез по 5 г 1 —2 раза в течение 2—7 дней (перед употреблением энтеродез растворяется в 100 мл воды); уголь активированный (карболен) — адсорбирует газы, назначается при метеоризме по 2— 3 таблетки 3—4 раза в день; полифепан в виде гранул.

При диарее —имодиум по 0,002-0,004 г 3 раза в день.

*Ферменты*: панкреатин, дигестал, мезим-форте, сомиллаза, панзинорм, фестал, энзистал и др.

Коррекция дефицита витаминов — назначаются витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, С, РР.

*Фитотерапия.*

Средства, обладающие бактерицидным и бактериостатическим действием: черника, шиповник, малина, земляника, клюквенный и гранатовый сок. Средства, обладающие спазматическим, боле-

утоляющим эффектом: ромашка, мята, шалфей, календула, зверобой, тысячелистник. Средства, обладающие вяжущим, противопаразитарным и противовоспалительным действием: кора дуба, корневища и корни кровохлебки, плоды черемухи и черники.

*Физиотерапия. Лечебная физкультура.*

*Санаторно-курортное лечение.*

На санаторно-курортное лечение направляются пациенты с ХЭ легкой и средней степени тяжести в фазе ремиссии. Рекомендуется курорты: Белокуриха, Ессентуки, Боржоми, Железноводск.

### **Профилактика ХЭ.**

Первичная профилактика заключается в рациональном питании, санитарной гигиене, здоровом образе жизни, в борьбе с алкоголизмом, токсикоманиями, в своевременном лечении заболеваний пищеварительной системы.

Вторичная профилактика заключается в диспансеризации пациентов с выявленным хроническим энтеритом.

Пациенты осматриваются терапевтом поликлиники 2 раза в год, 1 раз в год консультируются у гастроэнтеролога и проходят обследование (ФГДС, УЗИ органов брюшной полости и др.).

В фазе ремиссии назначаются: лечебное питание, повторные курсы ферментной терапии, лекарственные средства для нормализации моторной функции кишечника, фитотерапия, физиотерапия, лечение поливитаминами. Проводится лечение в санаториях или в условиях профилактория.

### **Лечение хронического колита.**

Лечебное питание. Диета № 2.

При легкой форме течения существенных ограничений в диете не требуется и все же не рекомендуется очень острые, раздражающие пищеварительный тракт продукты, а также ограничивается употребление молока при диарее.

При наличии инфекции, воспаления — антибактериальная терапия. При обострении применяют сульфаниламидные препараты — бисептол-480 по 2 таблетки 2—3 раза в день, фталазол по 0,5 г 4 раза в день; нитрофураны (фурагин, фуразолидон). Антибиотики назначают на 7—10 дней в зависимости от чувствительности флоры кишечника.

Нормализация моторной функции. При диарее — обволакивающие, вяжущие, адсорбенты (висмута нитрат, танальбин, полифепан, энтеродез).

При спастических явлениях — но-шпа, галидор, папаверин, метацин, антагонисты кальциевых каналов. При атонии кишечника — прозерин 0,015 г внутрь 2—3 раза в день.

*Физиотерапия. Лечебная физкультура.*

*Дезинтоксикационная терапия.*

*Санаторно-курортное лечение (Ессентуки, Железноводск и др.).*

### **Профилактика.**

Вторичная профилактика — диспансеризация пациентов. Осмотр гастроэнтерологом — один раз в год. Эндоскопические исследования — при необходимости. Оздоровительные мероприятия.

При тяжелом течении колита осмотры гастроэнтерологом проводятся 2 раза в год онкологом — по показаниям.

## Лекционное занятие № 2

**Тема: «Лечение хронических гепатитов, циррозов печени. Лечение хронических холеститов, дискинезии желчевыводящих путей, ЖКБ.»**

### *Лечение хронического активного гепатита.*

**Лечебное питание.** Назначается гастроэнтерологическая диета № 2 с механическим и химическим щажением.

При обострении хронического гепатита назначают диету из протертых блюд, мясо — в виде паровых котлет, фрикаделей. Ржаной хлеб, капусту исключают. Ограничивают количество жиров до 70 г в сутки.

### **Метаболическая и коферментная терапия**

Поливитаминовые сбалансированные комплексы: ундевит, декамевит, дуовит по 1-2 таблетки 1-2 раза в день.

Витамин Е— антиоксидант. Назначают витамин Е в капсулах.

Пиридоксальфосфат, кокарбоксилаза, липоевая кислота, фосфаден — фрагмент АТФ, рибоксин (инозин) — предшественник АТФ, эссенциале, гептрал.

### **Дезинтоксикационная терапия**

1 — 1,5 л 5% раствора глюкозы внутривенно капельно.

**При наличии отеков** – диуретики – верошпирон, фуросемид.

### **При вирусном гепатите - противовирусное лечение.**

Интерфероны — это группа низкомолекулярных пептидов, обладающих противовирусной, противоопухолевой и иммунорегулирующей активностью.

а-интерферонотерапия.

Интерферон-альфа, роферон, ламивудин, рибавирин и др. аналоги назначаются в течение 6 месяцев.

### **При тяжелом течении иммунодепрессантная терапия**

Глюкокортикоидные средства - преднизолон — по 300 мг в сутки и по схеме.

Цитостатики— азатиоприн (имуран).

### **Профилактика хронического гепатита.**

Первичная профилактика гепатита заключается в профилактике вирусного гепатита, в эффективном лечении острого вирусного гепатита, в рациональном питании и использовании лекарственных средств, в борьбе с алкоголизмом, наркоманией.

Вторичная профилактика заключается в **диспансеризации** пациентов, больных хроническим гепатитом.

При ХПГ диспансеризация носит профилактический характер: ограничение физических нагрузок, трудоустройство, лечебное питание, лечение сопутствующих заболеваний пищеварительной системы.

Контрольные осмотры проводятся 1 раз в 2-4 месяца в течение первых двух лет, затем 1—2 раза в год. Функциональные пробы проводят 2 раза в год, УЗИ печени — 1 раз в год, кровь на маркеры вируса гепатита В — 1—2 раза в год.

При ХАГ диспансеризация предусматривает режим с ограничением физических нагрузок, лечебное питание, трудоустройство. При тяжелом течении решается вопрос о группе инвалидности. Продолжаются курсы поддерживающей терапии глюкокортикоидами и цитостатиками.

Контрольные осмотры и лабораторные обследования проводятся каждые 3—4 месяца, а при продолжении иммунодепрессантной терапии — 1-2 раза в месяц.

### *Лечение циррозов печени.*

**Лечебный режим.** В стадии ремиссии рекомендуется облегченный режим труда: запрещаются физические перегрузки.

При активности патологического процесса и при декомпенсации — постельный режим. Запрещается употребление алкоголя, прием гепатотоксических лекарственных препаратов (транквилизаторы, фенацетин, антидепрессанты, барбитураты, рифампицин, наркотики), лечебное голодание, желчегонные средства.

**Лечебное питание.** Пациентам с ЦП назначается полноценное питание, диета с 4—5-разовым приемом пищи для лучшего оттока желчи и регулярного стула (гастроэнтерологическая диета № 2 с

механическим и химическим щажением). При развитии энцефалопатии содержание белка в пище уменьшается. При отечном синдроме — ограничение жидкости, соли.

**Этиологическое лечение** возможно только при некоторых формах ЦП (алкогольном, «застойном», «кардиальном» и вирусном).

Прекращение приема алкоголя существенно улучшает состояние печени при алкогольном ЦП. Уменьшение ХНК (диуретики, сердечные гликозиды) уменьшают проявления ЦП («кардиального», «застойного»). Противовирусная терапия в период репликации вируса оказывает положительный эффект ( $\alpha$ -интерферон).

**Улучшение метаболизма гепатоцитов.** Это лечение проводится при субкомпенсированном и декомпенсированном ЦП. Витаминотерапия: ундевит, декамевит, липоевая кислота, эссенциале, гептрал. Витамин Е.

**При кожном зуде** — холестирамин по 1 ч. л. на стакан воды или сока 3 раза в день (суточная доза 16 г),

**Дезинтоксикационная терапия** проводится при развитии печеночной недостаточности в прекоматозном состоянии: внутривенные капельные вливания — 500 мл 5% глюкозы вместе с 50—100 мг кокарбоксилазы.

#### **Патогенетическое лечение.**

Преднизолон назначается только в активную стадию вирусного ЦП. Делагил показан при умеренно выраженной активности и при резко выраженной активности, если противопоказано применение преднизолона. Азатиоприн (имуран) применяется только в начальной стадии ЦП (активно-го) в комбинации с преднизолоном.

**Лечение отечно-асцитического синдрома.** Мочегонная терапия: вначале верошпирон, альдактон, триампур, затем комбинация альдактона с фуросемидом (2-3 раза в неделю) или верошпирон + урегит или альдактон + гипотиазид, при наличии асцита назначается фуросемид внутривенно.

Абдоминальный парацентез. Показанием для проведения абдоминального парацентеза служит асцит, рефрактерный к лечению.

Объем извлекаемой жидкости должен быть не более 3 л, так как с жидкостью выводится много белка и калия, а также снижается внутрибрюшное давление, что вызывает падение АД.

**Неотложная помощь при кровотечении из расширенных вен пищевода, желудка.** (см. желудочно-кишечное кровотечение)

#### **Трансплантация печени.**

#### **Профилактика циррозов печени.**

Профилактика ЦП в значительной степени определяется успешностью профилактических мероприятий эпидемического и сывороточного гепатита, исключением возможности токсического воздействия на организм гепатотоксических средств, применяемых на некоторых предприятиях. Профилактика заключается в своевременном выявлении признаков лекарственного гепатита и отмене соответствующего препарата.

Важный этап профилактики — борьба с алкоголизмом, наркоманией. Для профилактики обострений ЦП с целью уменьшения частоты и тяжести возникновения различных осложнений заболевания, пациенты с ЦП находятся на диспансерном наблюдении в поликлинике по месту жительства. Обследуют пациентов 2-3 раза в год, им проводится по показаниям профилактическое лечение. Пациенты трудоустраиваются с ограничением физических и эмоциональных перегрузок. При необходимости — определяется группа инвалидности.

#### **Лечение ХПН (неотложная помощь)**

Постельный режим

Диета: резкое уменьшение количества белка до 30-40 г/сут., при коме - отмена белка; ограничение жиров до 60 г., углеводов до 200 г.

Диета механически и химически щадящая.

Уход за пациентом: обработка полости рта, пролежней, клизмы, катетеризация мочевого пузыря.

Медикаментозная терапия: как можно меньше лекарств, т. к. они трансформируются в печени. Глютаминовая кислота 10%- 300 мл в/в капельно для связывания аммиака.

5% р-р глюкозы (до 3 л) в/в капельно с аскорбиновой кислотой 5% 10 мл, панангином 10 мл.

При возбуждении - галоперидол 0,5%- 1 мл в/м.

Плазмаферез, гемосорбция.  
Трансплантация печени.

### **Лечение хронического холецистита**

В период обострения пациенты госпитализируются в терапевтическое или гастроэнтерологическое отделение. В случаях калькулезного холецистита пациентов направляют в хирургическое отделение. При легком течении болезни возможно амбулаторное лечение. Постельный режим на период болевого синдрома.

#### **Лечебное питание.**

В период резкого обострения заболевания на 1—2 дня назначается голодная диета: только питье (некрепкий сладкий чай, соки фруктовые, отвар шиповника, минеральная вода «Боржоми») небольшими порциями до 3-6 стаканов в день. Можно разрешать несколько сухариков. По мере стихания обострения диета расширяется: слизистые протертые супы, каши, нежирный творог, нежирная отварная рыба, протертое мясо, белые сухари. Пища принимается 5-6 раз в день. Можно назначить 1-2 разгрузочных дня (творожно-кефирный, рисово-компотный, арбузный, виноградный, фруктовый), а в период ремиссии проводить их регулярно.

#### **Купирование болевого синдрома.**

При болях и мучительной рвоте 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата, 1 мл 0,2% раствора платифиллина гидротартрата подкожно. После купирования боли эти препараты назначаются внутрь. При наличии противопоказаний к назначению М-холинолитиков (глаукома, аденома предстательной железы) назначаются гастроцепин по 50 мг 2-3 раза в день (внутрь или внутримышечно). Для купирования боли применяется 2% раствор папаверина гидрохлорида, 2% 2 мл раствора но-шпы.

При сильных, некупирующихся болях применяют ненаркотические анальгетики: 2 мл 50% раствора анальгина, 5 мл баралгина внутримышечно.

При некупирующихся болях (калькулезный холецистит) (после консультации хирурга) применяются наркотические анальгетики: 2% раствор промедола 1 мл в/в (морфина гидрохлорид не рекомендуется вводить, так как он вызывает спазм сфинктера Одди). При интенсивных болях можно вводить 2-4 мл 0,25% раствора дроперидола в 200-300 мл физиологического раствора внутривенно капельно.

В случаях, если хронический холецистит сочетается с гипотонической дискинезией желчного пузыря М-холинолитики и спазмолитики не показаны. В этих случаях назначаются холинокинетики; растительные масло по 1—2 столовые ложки 3 раза в день перед едой, ксилит, сорбит по 15-20 г на 1/2 стакана теплой воды 2-3 раза в день, 20—25% раствор магния сульфат по 1 столовой ложке 2-3 раза в день перед едой.

**Дезинтоксикационная терапия** проводится при очень выраженном обострении с симптомами интоксикации. Рекомендуются отвары шиповника, минеральные воды типа «Боржоми», внутривенное капельное введение 5% раствора глюкозы, изотонического раствора натрия хлорида.

#### **Антибактериальная терапия.**

ципрофлоксацин внутрь по 500 мг 2 раза в день в течение 10 дней; доксициклин внутрь или в/в капельно; эритромицин 0,2 4 раза в сутки внутрь, септрин (бисептол, сульфатон) по 480—960 мг 2 раза в день с интервалом в 12 часов. Курс лечения— 10 дней; цефалоспорины - цефалексин по 500 мг 2 раза в день после еды. Курс лечения 10—14 дней (кефзол).

Возможно применение других антибиотиков: ампицилина, оксацилина, рифампицина, олеанодомицина. Производные нитрофуранов (фурадонин, фуразолидон) назначаются по 0,1—0,15 3-4 раза в день после еды (назначаются при обнаружении лямблий).

При гипокинезе желчного пузыря антибактериальную терапию хорошо сочетать с **желчегонными средствами**: циквалон по 0,1 г 3 раза в день, никодин по 0,5 г 3-4 раза в день. Хологон по 0,2 г по 1-2 табл. 3 раза в день после еды. Дехолин 5 мл 5% и 20% раствор внутривенно. Аллохол по 1-2 драже 3-4 раза в день после еды.

Фестал — комбинированный препарат. Таблетки содержат ферменты поджелудочной железы и компоненты желчи. Принимается по 1—2 таблетки 3 раза в день после еды. Холензим по 0,3 г по 2 таблетки 3 раза в день после еды. Мексаза по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

Синтетические холеретики. Никодин по 0,5 г по 1-2 таблетки 3 раза в день до еды. Циквалон по 0,1 г по 1 таблетке 3 раза до еды. Оксафенамид по 0,25 г 3 раза в день перед едой.

Желчегонные растительного происхождения. Цветки бессмертника, кукурузные рыльца, фла-

мин (по 0,05 г 3 раза в день до еды), мята перечная, холосас, холагол, петрушка и др.

**Минеральные воды:** «Ессентуки» № 17, «Джермук», «Ижевская», «Нафтуса», «Арзни», «Слаяновская». Принимают их за 20-30 мин до еды по 1 стакану 3-4 раза в день после стихания воспалительного процесса.

Препараты, стимулирующие желчеотделение: ксилит, сорбит, магния сульфат; холинолитики — олиметин по 2 капсулы 3 раза в день до еды.

При болях, обусловленных застоем желчи в желчном пузыре при гипотонической дискинезии, показаны дуоденальные тюбажи без зонда (слепые дуоденальные зондирования): пациент утром натощак принимает 20—25 г ксилита (или сорбита), растворенного в 100-150 мл теплой кипяченой воды, после чего пациент должен полежать 1,5—2 ч на правом боку на теплой грелке. Процедуру проводят 1—2 раза в неделю. (В период выраженного обострения тюбажи не проводятся).

**Физиотерапевтическое лечение** проводится после стихания воспалительного процесса.

**Санаторно-курортное лечение.** Проводится только в период ремиссии. Пациенты направляются в Ессентуки, Железноводск, Боржоми, Джермук. Направляют в санатории пациентов с некалькулезным хроническим холециститом.

**Профилактика** хронического холецистита. Первичная профилактика заключается в рациональном питании, соблюдении режима питания, в активном двигательном режиме, в своевременном лечении воспалительных заболеваний системы пищеварения. Вторичная профилактика у пациентов с хроническим холециститом заключается в диспансеризации их у участковых терапевтов поликлиники.

Задачи диспансеризации:

- 1-2 раза в год контрольное обследование пациентов у врача;
- многофракционное дуоденальное зондирование — 1 раз в год.
- УЗИ, ФГДС, холецистография.
- ОАК, ОАМ, БАК - 1 раз в год.
- Лечебное питание, ЛФК.
- Санпросветработа, борьба с курением, с употреблением алкоголя, пропаганда рационального питания и здорового образа жизни.
- Профилактическое лечение хронического холецистита (диета, витамины, желчегонные, ЛФК, курс лечения минеральной водой).

### **Лечение желчнокаменной болезни.**

В первой стадии ЖКБ (камня нет)

Лечебно-профилактические мероприятия: активный образ жизни, занятия физкультурой, активный отдых, туризм; нормализация массы тела; коррекция эндокринных нарушений (гипотиреоз, сахарный диабет, нарушения обмена эстрогенов); лечение инфекционно-воспалительных заболеваний, желчевыводящих путей с помощью антибактериальной терапии; лечебное питание с исключением жирной, высококалорийной, богатой холестерином пищи, обогащенной клетчаткой с добавлением пшеничных отрубей; лечение дисбактериоза; уменьшение гиперхолестеринемии; для нормализации желчи — леобил по 0,04 г 3 раза в день.

Во вторую стадию ЖКБ — латентную — симптомов нет, на рентгенограмме определяется камень.

Лечебные мероприятия: лечебное питание; нормализация массы тела и борьба с гиподинамией; коррекция нарушений липидного обмена; медикаментозное растворение камней с помощью препаратов желчных кислот, хенодезоксихолевой (хенофалк) и урсодезоксихолевой (урсофалк) поддаются растворению только холестериновые камни).

Ударно-волновая холелитотрипсия.

Это лечение ЖКБ путем дробления крупных камней на мелкие фрагменты с помощью ударных волн (необходимо знать показания и противопоказания).

Чрескожно-трансгематический холелетиаз.

Под местной анестезией под рентгенологическим контролем в желчный пузырь вводится тонкий катетер (через кожу и ткани печени), через катетер проводится капельное введение 5—10 мл растворителя камней (МТБЭ).

В третью стадию ЖКБ — клиническую.

### **Купирование приступа.**

атропина сульфат 0,1 % 1 мл раствора подкожно,

платифиллина гидротартрат 0,2% раствора 1 мл подкожно.

Применяется также 2% раствор папаверина гидрохлорида 2 мл внутримышечно.

При неэффективности 2 мл 50% раствора анальгина в/м,

5 мл раствора баралгина внутримышечно или внутривенно.

При некупирующихся болях после консультации хирурга принимают наркотические анальгетики — 2% раствор промедола 2 мл внутримышечно или внутривенно (морфина гидрохлорид не рекомендуется, т.к. вызывает спазм сфинктера Одди).

В периоде приступа боли пациенты должны быть госпитализированы в хирургическое отделение.

Все варианты ЖКБ подлежат хирургическому лечению во избежание опасных для жизни осложнений.

Перспективным является внедрение в хирургическую практику лапароскопической холецистэктомии. Этот метод сокращает срок пребывания пациентов в стационаре и избавляет от косметического дефекта.

Профилактика ЖКБ заключается в тех же мероприятиях, что и профилактика холецистита.

### Лекционное занятие № 3

#### Тема: Лечение острого и хронического гломерулонефрита.

##### **Лечение острого диффузного гломерулонефрита.**

Все пациенты с ОДГН должны быть госпитализированы в нефрологическое или терапевтическое отделение.

Строгий постельный режим 2 - 4 недели, в тяжелых случаях – 5- 6 недель.

Наиболее важными требованиями к диете являются ограничение поваренной соли и жидкости, ограничение простых углеводов и белка, исключение из рациона экстрактивных веществ. При наличии выраженного нефротического синдрома, высокой артериальной гипертензии, олигурии рекомендуется режим голода и жажды, что способствует увеличению диуреза, сжиганию отеков, нормализации АД. Можно разрешить 200 г сахара, ломтик лимона, 200 мл кипяченой воды. Используют разгрузочные безнатриевые дни: картофельные, яблочные, арбузные, сахарные, компотные, кефирные и др.

Количество жидкости, рекомендуемой больному определяется следующим образом: к величине суточного диуреза добавляют 400 мл жидкости (некрепкий чай, молоко, разведенный фруктовый сок, отвар шиповника).

Ограничивать белок, особенно животного происхождения, следует в течение первых 2 - 4 недель.

**Этиологическое лечение.** При доказанной роли стрептококковой инфекции в развитии ОДГН следует провести лечение пенициллином по 1 000 000 ЕД внутримышечно каждые 4 часа в течение 10-14 дней, а при наличии хронических очагов инфекции или интеркуррентной инфекции лечение продолжается 4-6 недель. Возможно применение полусинтетических пенициллинов (ампициллин 0,5 г 4 раза в сутки, оксациллин, ампиокс в той же дозе), эритромицин 0,25 г 6 раз в сутки.

**Патогенетическое лечение** При отсутствии эффекта в течение недели применение иммунодепрессантов (глюкокортикоиды и цитостатики)

**Антикоагулянты** (гепарин). Лечебный эффект гепарина обусловлен подавлением аутоиммунного воспаления, снижением проницаемости клубочковых капилляров, значительным уменьшением протеинурии. Он способствует значительному увеличению диуреза, уменьшению отеков, уменьшению протеинурии.

**Антиагреганты** (курантил).

**Лечение отечного синдрома.** Если отеки не исчезают, назначают мочегонные средства, не оказывающие нефротоксического действия: гипотиазид — 50-100 мг в день, фуросемид — 40-80 мг в день, урегит — 50-100 мг в день короткими 3-5-дневными курсами. Возможно сочетание двух-трех указанных препаратов.

**Лечение гематурического синдрома.** При упорной гематурии помимо патогенетической терапии назначается аминокaproновая кислота по 3 г 4 раза в сутки в течение 5-7 дней или внутривенно капельно 150 мл 5% раствора. Дополнительно может быть назначен дицинон (этамзилат) внутримышечно по 2 мл 12,5% раствора. Одновременно назначают препараты, укрепляющие сосудистую стенку, уменьшающие проницаемость капилляров — аскорбиновую кислоту, рутин, аскорутин, растительные гемостатики (лист крапивы двудомной, медуница, тысячелистник, омела белая, лист грецкого ореха, шиповник).

**Симптоматическое лечение.**

При выраженной артериальной гипертензии используют перорально ингибиторы АПФ в течение 3—5 дней (каптоприл, капотен). Положительный эффект оказывает внутривенное введение 2,4% раствора эуфиллина с последующей инфузией лазикса и др.

**Профилактика ОДГН** и его рецидивов.

**Первичная профилактика** гломерулонефрита. Причины, приводящие к развитию ОДГН, разнообразны, поэтому и профилактика его в каждом отдельном случае должна быть индивидуальной. Однако во всех случаях необходимо рекомендовать закаливание организма, занятия физкультурой, водные процедуры для повышения устойчивости организма к воздействию влажного холода, к простудным заболеваниям. Следует избегать контактов с больными стрептококковыми инфекциями. В случае заболевания ангиной и др. стрептококковыми инфекциями необходимо провести адекватное лечение, включающее постельный режим, антибактериальную терапию в течение 7—10 дней.

Необходимо осторожное отношение к назначению антибиотиков, обладающих нефротоксиче-

ским действием (гентамицин, тетрациклин, по-лимиксин, вакцин и сывороток).

Вторичная профилактика проводится во время диспансеризации. Мероприятия: правильное трудоустройство пациентов; соблюдение ими режима труда и отдыха; правильное лечебное питание; санация очагов инфекции; предупреждение и лечение интеркуррентных заболеваний; общеукрепляющая терапия.

### ***Диспансеризация.***

После выписки из стационара пациенты с острым диффузным гло-мерулонефритом должны быть поставлены на диспансерный учет и наблюдение на протяжении двух лет, а в случае необходимости — продолжить лечение.

В первый месяц после выписки пациента обследуют каждые 10 дней, затем 1 раз в месяц и, наконец, 1 раз в 2—3 месяца с обязательным проведением общих анализов мочи, БАК (определение общего белка, холестерина, креатинина), проводят пробу по Нечипоренко.

Пациентам, перенесшим ОДГН, запрещаются труд в холодных и сырых помещениях, тяжелая физическая нагрузка, значительные спортивные нагрузки (коньки, лыжи, тяжелая атлетика и др.). Женщинам после перенесенного ОДГН не рекомендуется беременность в течение 3 лет. При полной нормализации анализов крови и мочи, биохимических и функциональных показателей, глазного дна и АД лица, перенесшие ОДГН, через 2 года переходят в группу здоровых. При сохранении стойких изменений мочи и клинико-биохимических показателей гломерулонефрита на протяжении одного года пациента переводят в диспансерную группу.

### ***Лечение хронического диффузного гломерулонефрита.***

Пациент с обострением ХГН должен быть госпитализирован в нефрологическое или терапевтическое отделение. Ему назначается постельный режим до улучшения общего состояния, нормализации артериального давления, улучшения анализов мочи.

Диета при ХГН зависит от клинической формы заболевания, наличия или отсутствия ХПН. Ограничивается содержание белка, поваренной соли и жидкости в пищевом рационе. Проводятся разгрузочные дни (фруктово-рисовые, картофельные, овощные и др.), что способствует снижению АД.

**Этиологическое лечение** может осуществляться только у небольшой части больных. Применяются антибиотики (пенициллин и полусинтетические пенициллины) на ранней стадии постстрептококкового нефрита.

**Патогенетическое лечение** ХГН. В качестве путей патогенетического воздействия при ХГН используют методы иммунной депрессии (глюкокортикоиды, цитостатики)

Лечение цитостатиками.

Применение цитостатиков основано на их способности подавлять клеточный и гуморальный иммунитет.

Применяются следующие цитостатики: антиметаболиты (имуран, азатиоприн, 6-меркаптопурин), алкилирующие агенты (хлорбутин, лейкеран, циклофосамид).

При лечении цитостатиками возможны тяжелые осложнения: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, агранулоцитоз, панцитопения, геморрагический цистит, обострение латентной инфекции.

### ***Лечение антикоагулянтами и антиагрегантами.***

Антикоагулянты (гепарин, фенилин) и антиагреганты (курантил, дипиридамо́л).

Гепарин уменьшает внутрисосудистую гемокоагуляцию, агрегацию тромбоцитов, обладает противовоспалительным и диуретическим действием, снижает АД.

Лечение гепарином проводится под контролем времени свертывания крови. Неконтролируемое лечение гепарином может осложниться кровотечениями (кожные геморрагии, инсульт, желудочно-кишечные и маточные кровотечения). Быстрая отмена, прерывистое нерегулярное введение гепарина могут вызвать тромботические осложнения, вплоть до инфаркта миокарда.

После лечения гепарином можно использовать антикоагулянты непрямого действия (фенилин, пелентан и др.) в дозе, поддерживающей протромбиновый индекс на уровне 50—60% в течение 1—2 месяцев,

Антитромбоцитарные препараты (антиагреганты) — дипиридамо́л (курантил, персантин), ацетилсалициловая кислота, папаверин, трентал.

Противопоказаниями к назначению антикоагулянтов и антиагрегантов являются геморрагические диатезы, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

**Эфферентная терапия.** При тяжелых обострениях ХГН, высокой активности воспалительного процесса применяются методы эфферентной терапии: плазмаферез и гемосорбция.

Плазмаферез способствует значительному снижению содержания иммунных комплексов, иммуноглобулинов, медиаторов воспаления. Гемосорбция способствует дезинтоксикации организма и оказывает иммунодепрессантный эффект. Проводится 1—2 раза в неделю.

#### **Симптоматическое лечение**

Лечение артериальной гипертензии

Назначаются мочегонные средства (фуросемид, гипотиазид) при отсутствии эффекта от них целесообразно добавить  $\beta$ -адреноблокаторы, (индерал, анаприлин).

Применяются антагонисты кальция (нифедипин, коринфар, верапамил).

При стойкой артериальной гипертензии назначают ингибиторы АПФ (энам, эналаприл и др.). Наиболее рациональным и эффективным является сочетание ингибиторов АПФ с диуретиками и антагонистами кальция пролонгированного действия.

#### **Лечение отечного синдрома**

Оптимальными являются комбинации верошпирона и гипотиазида или фуросемида.

**Фитотерапия** при ХГН оказывает противовоспалительное, антикоагулянтное, гемостатическое, гипотензивное, десенсибилизирующее, де-зинтоксикационное и мочегонное действие без существенной потери калия с мочой, а также нормализует проницаемость капилляров почечных клубочков.

Применяют фитотерапию: использование свежих ягод, фруктов; свежих соков из листьев, ягод; лечебные ванны. Мочегонным эффектом обладают листья и почки березы, брусничный лист, цветки василька, спорыш, корень лопуха.

Антиуросептическое действие оказывают толокнянка, клюква, березовый лист.

**Санаторно-курортное лечение.** Основным лечебным фактором для больных ХГН на курортах и в санаториях являются воздействие теплого и сухого климата, инсоляции.

Наиболее благоприятными для пациентов с ХГН являются Ашхабад и его окрестности, оазис Байрам-Али, Западный Казахстан, Узбекистан в окрестностях Бухары, Южный берег Крыма, Симеиз.

**Профилактика и диспансеризация.** Первичная профилактика хронического гломерулонефрита прежде всего связана с предупреждением и успешным лечением острого ГН, последующим длительным диспансерным наблюдением за пациентами, перенесшими ОДГН. В ряде случаев как острый, так и хронический ГН начинается и протекает бессимптомно и только анализ мочи выявляет протеинурию и гематурию. При всех обращениях больных в поликлинику, а также при проведении профосмотров поступающих на работу, при оформлении санаторно-курортной карты, после ангины и других стрептококковых заболеваний необходимо обязательно назначать проведение анализа мочи, чтобы своевременно выявить ГН.

Вторичная профилактика. В амбулаторных условиях диспансерное наблюдение преследует несколько целей:

1. Профилактика и своевременное выявление обострения заболевания.
2. Контроль за функциональным состоянием почек.
3. Санация очагов инфекции (кариозные зубы, хр. тонзиллит и др.).
4. Выявление интеркуррентных заболеваний и их адекватное лечение.
5. Контроль за проведением поддерживающей патогенетической терапии.
6. Реабилитация и трудоустройство пациентов.
7. Направление пациентов на санаторно-курортное лечение при отсутствии противопоказаний.

#### **Лечение острой почечной недостаточности.**

Пациенты с ОПН должны быть госпитализированы в специализированное нефрологическое отделение, имеющее возможность проведения гемодиализа. При отсутствии такого отделения лечение пациентов с ОПН должно проводиться в отделении интенсивной терапии и реанимации.

#### **Неотложная помощь при острой почечной недостаточности**

1. Строгий постельный режим.
2. Полиглюкин, реополиглюкин, 5% глюкоза в/в капельно 400-800 мл.
3. Лазикс 1000 мг и более до появления диуреза, затем дозу снижать.

4. Гепарин 5-10 тысяч ЕД в/в струйно.
5. Ацесоль, дисоль, трисоль в/в капельно.
6. Госпитализация.

**Неотложная помощь при почечной эклампсии.**

1. Уложить на ровную поверхность
2. Вызов реаниматолога
3. Оберегать от травм и прикусывания языка
4. Освоить вену 5% р-ром глюкозы 200 мл
5. Реланиум 0,5% 2 мл или седуксен 0,5% 2 мл в/в или в/м
6. Дроперидол 0,25 % 2 мл в/м и 2 мл в/в
7. Сульфат магния 25% 15 мл на физ р-ре в/в
8. Дибазол 1% 5 мл в/в
9. Эуфиллин 2,4 % 10 мл в/в
10. Лазикс 40 мг
11. При остановке сердца сердечно-легочная реанимация.
12. Госпитализация в ПИТ

## Лекционное занятие № 4

### Тема: Лечение острого и хронического пиелонефрита МКБ. ХПН

#### **Лечение острого пиелонефрита.**

Пациенты с острым пиелонефритом нуждаются в обязательной госпитализации: при первичном серозном пиелонефрите — в нефрологическое (терапевтическое) отделение, при вторичном, особенно гнойном, — в урологическое отделение.

Постельный режим на период лихорадки.

Диета должна быть разнообразной с достаточным содержанием белков, жиров и углеводов, высоко витаминизированной. Рекомендуется легкоусвояемая пища — молоко и молочные продукты, каши, овощные и фруктовые пюре, белый хлеб.

В целях дезинтоксикации при высокой температуре рекомендуется обильное питье (свежие натуральные соки, компоты, кисели, отвар шиповника, чай, клюквенный морс). Дополнительно парентерально вводится 5% раствор глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида, реополиглюкин, полиглюкин. В среднем общее количество жидкости, вводимой парентерально и принятой внутрь, может составлять до 2,5—3 л. Суточное количество поваренной соли составляет 6 г. Из пищевого рациона исключаются острые блюда, мясные бульоны, консервы, кофе, перец, горчица, хрен, лук. Запрещается прием алкоголя.

**Антибактериальная терапия** Если чувствительность микрофлоры определить невозможно, лечение проводят антибиотиками широкого спектра действия (цефалоспорины, ристомидин, рондомицин, сумамед, ванкомицин, вибрамицин и др.).

Широко используются полусинтетические препараты пенициллинового ряда — оксациллин, ампициллин, ампиокс, метициллин, карбенициллин.

Широким спектром противомикробного действия обладают производные нитрофуранов — фурагин, фурадонин, фуразолидон. Назначают их внутрь по 0,1-0,15 г 3-4 раза в сутки в течение 8-10 дней в сочетании с антибиотиками.

*При вторичном пиелонефрите* необходимо параллельно с антибактериальной терапией устранять причины, нарушающие нормальный пассаж мочи. При обструкции верхних мочевых путей может быть эффективна катетеризация мочеточников, с помощью которой удается устранить препятствие току мочи (конкремент, сгусток слизи и т.п.).

Если не удастся восстановить уродинамику, успех лечения может обеспечить только экстренная операция. К операции нередко прибегают при солитарном абсцессе, карбункуле почки (пиелостомия, декапсуляция, вскрытие гнойничков, рассечение карбункула и по строгим показаниям — нефрэктомия).

#### **Симптоматическая терапия**

Жаропонижающие парацетамол, терафлю, фервекс.

#### **Витаминотерапия**

#### **Фитотерапия**

Лист березы, лист брусники, толокнянка, клюква.

#### **Профилактика.**

В предупреждении возникновения острого пиелонефрита большое значение имеет консервативная, либо хирургическая санация очагов стрептококковой инфекции, а также лечение восходящих инфекций мочевого пузыря и мочевых путей.

Необходимо систематическое наблюдение и обследование беременных и полноценное их лечение при выявлении патологии в почках. С целью предупреждения перехода острого пиелонефрита в хронический необходимо после стационарного курса лечения проводить длительное (не менее 6 мес) амбулаторное лечение уросептиками с контрольными исследованиями мочи на степень лейкоцитурии и бактериурии, с использованием фитотерапии и физиотерапевтических процедур.

#### **Лечение хронического пиелонефрита.**

Режим больного зависит от фазы заболевания. В период обострения больные хроническим пиелонефритом госпитализируются: со вторичным пиелонефритом — в урологическое отделение, с первичным — в терапевтическое или специализированное нефрологическое отделение.

Назначается постельный режим. По мере ликвидации обострения, исчезновения симптомов интоксикации, нормализации АД, уменьшения или исчезновения симптомов ХПН режим расширяется.

Необходимо соблюдение диеты — ограничить (исключить), острые, пряные, копченые продукты, приправы. Молочно-растительная диета, а также мясо, отварная рыба, блюда из овощей и фрукты.

При отсутствии противопоказаний рекомендуется принимать до 2-3 л жидкости в сутки. Особенно полезен клюквенный морс, так как он обладает антисептическим действием. В периоде обострения хронического пиелонефрита ограничивается употребление поваренной соли до 5 г в сутки, а при нарушении оттока мочи и артериальной гипертензии — до 4г в сутки. При развитии ХПН уменьшают количество белка в диете. При анемии показаны продукты, богатые железом и кобальтом (яблоки, гранаты, земляника, клубника и др.). При всех формах и в любой стадии пиелонефрита рекомендуется включать в диету арбузы, дыни, тыкву, которые обладают мочегонным действием и способствуют очищению мочевых путей от микробов, слизи, мелких конкрементов.

**Этиотропная терапия** включает устранение причин, вызывающих нарушение уродинамики или почечного кровообращения, а также антибактериальную терапию. Восстановление нормального пассажа мочи достигается применением хирургических вмешательств (удаление аденомы предстательной лезы, камней из почек и мочевыводящих путей и др.).

**Антибактериальная терапия.** Выбор препарата производится с учетом вида возбудителя и его чувствительности к антибиотику, нефротоксичности препарата, наличия выраженности хронической почечной недостаточности.

Наименьшей нефротоксичностью обладают полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин и др.), левомецетин, эритромицин, цефалоспорины (кефзол, цепорин).

Незначительной нефротоксичностью отличаются нитрофураны, налидиксовая кислота (невиграмон), 5-НОК. Высокой нефротоксичностью обладают аминогликозиды (гентамицин, канамицин,), к назначению которых следует прибегать лишь в тяжелых случаях и на короткий срок (5-8 дней) при отсутствии эффекта от применения других антибиотиков.

**Ангиопротекторы** (улучшают кровообращение в почке) - трентал 0,2—0,4 г 3 раза в день после еды в течение месяца, курантил 0,025 г 3— 4 раза в день в течение всего курса лечения, гепарин по 5000 ЕД 2—3 раза в день под кожу живота в течение 2—3 недель с последующим постепенным снижением дозы в течение 7-10 дней до полной отмены.

#### **Фитотерапия**

Лист березы, лист брусники, толокнянка, клюква.

Лист березы, лист брусники, толокнянка, клюква.

#### **Поливитамины**

**Адаптогены** (элеутерококк, настойка женьшеня, настойка китайского лимонника по 30-40 капель 3 раза в день), **иммуномодуляторы** (эхинацея, левамизол и др.).

**Антигипертензивные средства** (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, диуретики и др.),

**При анемии** — препараты железа,

**При выраженной интоксикации** — внутривенное капельное введение 5% раствора глюкозы, плазмоферез, гемодиализ.

Основными санаторно-курортными факторами при хронических пиелонефритах являются минеральные воды. Противопоказания к санаторно-курортному лечению: высокая артериальная гипертензия, выраженная анемия, ХПН.

#### **Профилактика** пиелонефрита.

Первичная профилактика хронического пиелонефрита заключается в своевременном и полноценном лечении острого пиелонефрита, острых заболеваний мочевого пузыря и мочевых путей, выявлении и устранении причин, вызывающих нарушение уродинамики (закупорка камнем мочеточника, гипертрофия, предстательной железы), в лечении сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, подагра) и санации хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит, холецистит, аднексит, кариес и др.), которые могут быть причиной обострения хронического пиелонефрита.

Во всех случаях необходимо рекомендовать здоровый образ жизни, закаливание организма, соблюдение гигиены наружных половых органов.

### **Лечение мочекаменной болезни.**

Методы лечения пациентов с мочекаменной болезнью можно разделить на две основные группы: консервативные и оперативные.

Консервативная терапия. Пациенту с предрасположением к нефролитиазу необходимо больше ходить и бывать на свежем воздухе (улучшение кровообращения улучшает уродинамику). Больным с избыточной массой тела надо похудеть.

**Лечебное питание.** Пациенту показана рациональная диета для восстановления правильного обмена веществ. Всем больным показано употребление большого количества жидкости для «промывания» почек и удаления песка (до 2— 2,5 л в сутки).

При образовании уратных камней рекомендуется ограничить продукты, богатые пуринами (мясо, рыбу), исключить мясные бульоны, паштеты, пряности, соленья, студни, блюда из субпродуктов, щавель, фасоль, сою. Рекомендуется увеличить потребление продуктов ошелачивающих мочу (молоко, сметана, творог, простокваша, крупяные изделия), фрукты и овощи (морковь, тыква, свежие огурцы, капуста).

При оксалатных камнях необходимо ограничить введение в организм щавелевой кислоты (исключить салат, шпинат, щавель, картофель, молоко, крепкий чай и кофе). Разрешается употребление мяса и рыбы (в отварном виде), капусты, свежих огурцов, груш, яблок, абрикосов, персиков. Рекомендуется, как и при уратных камнях, обильное питье.

При фосфатных камнях запрещается употребление молочных продуктов. Рекомендуется ограничить употребление сметаны, яиц, тыквы, гороха, яблок, смородины, алычи. Рекомендуется в основном мясной стол, при котором происходит наиболее сильное подкисление мочи, употребление мучных, крупяных и макаронных изделий.

**Лечение основного заболевания.** Включает лечение, пиелонефрита, остеомиелита, остеопороза, подагры, восстановление нарушений уро- динамики, лечение врожденных и приобретенных ферментопатий (оксалурия, уратурия и др.), отмену сульфаниламидных препаратов, тетрациклина, глюкокортикоидов, витаминов Д и С.

**Медикаментозное лечение.** При уратных камнях эффективно применение препаратов, способствующих растворению уратов (магурлит, уралит, блемарен, калия бикарбонат). Растворы должны быть свежеприготовленными. Их применяют под строгим контролем рН мочи, сдвигающим его в щелочную сторону.

Для связывания оксалатов назначают соли магния по 150 мг 2 раза в день. При фосфатных камнях для изменения щелочной реакции мочи на кислую, назначают хлорид аммония, цитрат аммония, метионин по 0,5 г 3—4 раза в сутки, натрий фосфорнокислый по 1 г 4 раза в сутки.

Важная роль в лечении пациентов мочекаменной болезнью принадлежит лекарственным препаратам, направленным на купирование инфекции. Их назначают с учетом результатов посева мочи и чувствительности ее микрофлоры к антибиотикам.

При наличии камней, имеющих тенденцию к самостоятельному отхождению, применяют препараты группы терпенов (цистенал, ависан, артемизол), экстракт марены красильной сухой по 2-3 таблетки 3 раза в сутки в половине стакана теплой воды в сочетании со спазмолитиками (но-шпа, баралгин).

### **Дробление камней ультразвуком, лазером.**

#### **Санаторно-курортное лечение.**

При мочекишлом уролитиазе рекомендуются курорты со щелочными минеральными водами («Ессентуки» № 4 и 17, «Смирновская», «Славяновская», «Боржоми»). При оксалурии назначают слабо минерализованные воды («Ессентуки» № 20, «Нафтуся»). При фосфатурии целесообразно принимать воды, способствующие окислению мочи (Арзни, Нафтуся).

**Купирование приступа почечной колики** начинают с тепловых процедур (грелка, горячая ванна) в сочетании со спазмолитиками (но-шпа, баралгин, ависан). При отсутствии эффекта парентерально вводят спазмолитики и анальгетики (5 мл баралгина внутривенно, 0,1 % раствор атропина 1 мл подкожно); при отсутствии эффекта после консультации уролога или хирурга — 1 мл 2% раствора— омнопона или промедола вместе с 10мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно.

#### **Оперативное лечение.**

Показанием к оперативному лечению являются острая обструкция мочевых путей, боли, изнуряющие пациента, частые обострения пиелонефрита, часто рецидивирующая массивная макрогематурия, гидронефротическая трансформация, прогрессирующее ухудшение функции почек.

**Прогноз** определяется частотой рецидивов, наличием осложнений, ростом конкремента. Он более благоприятный при уратных камнях, неблагоприятный — при генетических нарушениях обмена веществ, которые ведут к образованию камней в почках, при МКБ в пожилом возрасте.

### **Профилактика.**

Первичная и вторичная профилактика мочекаменной болезни основывается на лечении обменных нарушений, приводящих к камнеобразованию, своевременном и адекватном лечении хронического пиелонефрита, восстановлении нормального пассажа мочи, увеличении диуреза за счет обильного питья.

Если удастся ликвидировать обменные нарушения, воспалительный процесс в почках, восстановить нормальный пассаж мочи, удерживать рН мочи на необходимом уровне, то рецидивы не возникают многие годы. Пациенты нуждаются в длительном диспансерном наблюдении.

### **Лечение острого цистита и обострения хронического.**

Постельный режим, тепловые процедуры (грелка на надлобковую область, сидячие теплые ванны), молочно-растительная диета, обильное питье (до 2 л в сутки) — чай с молоком, клюквенный морс, отвары трав (толокнянка, кукурузные рыльца), настой шиповника. Высокий диурез в сочетании с частым мочеиспусканием способствует промыванию мочевого пузыря, и бактерии не успевают размножиться. Из диеты полностью исключают острые приправы, маринады, консервы, запрещается алкоголь.

**Антибактериальные препараты.** Препаратами выбора при циститах являются фторхинолоны (норфлоксацин, ципрофлоксацин, пефлоксацин, офлоксацин и др.) по 400 мг 2 раза в сутки. Препаратом второй линии является амоксициллин — пенициллин широкого спектра действия. Его назначают по 1 г 3 раза в сутки, максимальная суточная доза для взрослых 6 г. Возможно использование при остром цистите нитрофуранов (фурагин 0,1 г 3 раза в день), цефалоспоринов (цефалексин по 0,5 г;| 3 раза в день), грамурина по 0,5 г 3 раза в день.

### **Витаминотерапия**

При хроническом местное противовоспалительное лечение включает инсталляции лекарственных препаратов в мочевой пузырь. Применяются 0,1—0,2% раствор нитрата серебра, 2-3% раствор колларгола, 2% раствор новокаина, 1% раствор диоксида. При остром цистите инсталляции в мочевой пузырь противопоказаны.

**Профилактика** цистита в основном заключается в соблюдении правил личной гигиены, в поддержании половых органов и промежности в чистоте, лечении запоров и гинекологических заболеваний, соблюдении гигиены половой жизни (опорожнение мочевого пузыря до и после полового акта уменьшает возможность внедрения инфекции).

**Прогноз** острого цистита при адекватном лечении благоприятный. При хроническом цистите залогом излечения является полное устранение поддерживающей его причины.

### **Лечение ХПН.**

1. В стадии консервативной терапии проводится лечение, направленное на уменьшение интоксикации, других проявлений ХПН, на сохранение остаточной функции почек.

2. В терминальной стадии при креатинине в пределах 0,7-0,9 ммоль/л и диурезе не менее 700-800 мл в сутки должна начинаться подготовка к применению методов очищения крови (программный гемодиализ, перитонеальный диализ) и к пересадке почки.

Лечение основного заболевания в консервативной стадии еще может оказать положительное влияние на течение ХПН и даже уменьшить ее выраженность. Особенно это относится к хроническому пиелонефриту с начальными или умеренно выраженными явлениями ХПН.

**Режим.** Пациентам следует избегать переохлаждений, физических и эмоциональных перегрузок. Они нуждаются в благоприятных условиях труда и быта, в более продолжительном отпуске.

### **Лечение основного заболевания**

#### **Лечебное питание.** НБД № 4

1. Ограничение белка до 60-40-20 г/сут.

2. Контроль за поступлением поваренной соли (5-7 г), при отеках - бессолевая диета, контроль за поступлением воды и калия.

Если нет отеков, сердечной недостаточности и артериальной гипертензии, то пациент должен принимать достаточное количество жидкости, чтобы поддержать диурез в пределах 2-2,5 л в сутки (компенсаторная полиурия).

Если нет желаемого суточного диуреза, то к лечению добавляют фуросемид.

В начальной стадии - гипокалиемия - назначение калиевой диеты (печеный картофель, урюк, чернослив, яблоки, цитрусовые), в более тяжелых случаях вводят 10- 15 мл 10% раствора калия хлорида или 20-40 мл панангина в 300-500 мл 10%раствора глюкозы с инсулином (4 ЕД).

Гиперкалиемия обычно наблюдается в терминальную стадию ХПН с развитием олигурии. Клинически гиперкалиемия проявляется брадикардией, изменениями на ЭКГ (высокий зубец Т, расширение комплекса QRS), пароксизмальными аритмиями и может закончиться остановкой сердца.

При умеренной гиперкалиемии (6-6,5 ммоль/л) следует ограничивать в диете продукты, богатые калием, исключить назначение калийсберегающих мочегонных (верошпирон, триамтерен, амилорид), назначить 70% сорбит внутрь до развития диареи.

#### **Дезинтоксикационная терапия**

Глюкоза 5% 400 мл в/в капельно

**Диуретики** Фуросемид (лазикс) 40 -80 мг в/в или в/в

**Сорбенты.** Применяемые сорбенты адсорбируют на себе аммиак и другие токсические вещества в кишечнике. Чаще всего используются энтеродез или карболен по 5 г на 100 мл воды 3 раза в день через 2 часа после еды, полифепан, энтерогель.

#### **Желудочно-кишечный диализ**

**Слабительные** (сорбит и ксилит).

**Лечение артериальной гипертензии.** Артериальная гипертензия является неотъемлемым признаком почечной недостаточности и встречается практически у всех пациентов.

Лечение анемии. Важной задачей в лечении является коррекция анемии — постоянного спутника ХПН.

Анемия при ХПН, как правило, нормохромная, лечение ее не всегда эффективно.

-препараты железа обычно внутрь и лишь при плохой переносимости их вводят внутривенно или внутримышечно;

Лечение инфекционных осложнений. Пенициллин и полусинтетические пенициллины (оксациллин, ампициллин, метициллин), макролиды (эритромицин, макропен), цефалоспорины не являются нефротоксичными и могут назначаться в обычных дозах.

В терминальной стадии активные методы лечения: постоянный перитонеальный диализ, гемодиализ, пересадка почки.

Перитонеальный диализ — это метод детоксикации, который заключается во введении в брюшную полость специального диализирующего раствора. Методика перитонеального диализа относительно проста. Через 10-15 дней обучения пациенты самостоятельно могут производить смену диализирующего раствора и вести довольно активный! образ жизни.

Абсолютных противопоказаний к перитонеальному диализу нет.

**Гемодиализ.** Гемодиализ — основной метод успешного лечения больных в терминальной стадии ХПН. В основе его лежат механизмы молекулярной диффузии и ультрафильтрации из крови в диализирующий раствор через полупроницаемую мембрану мочевой кислоты, электролитов и других веществ, задерживающихся в крови при уремии. Он проводится с помощью аппарата «искусственная почка».

Пересадка почки. Наиболее радикальным и оптимальным методом лечения ХПН в настоящее время является трансплантация почки.

Применение активных методов лечения — гемодиализа, перитонеального диализа и трансплантации почки — улучшило прогноз при терминальной ХПН и продляет сроки жизни больных на 10-15 и даже 20 лет.

## Лекционное занятие № 5

**Тема: Лечение заболеваний щитовидной железы (диффузный токсический зоб, гипотиреоз, эндемический зоб). Лечение заболеваний гипофиза и надпочечников.**

### **Лечение болезней щитовидной железы**

#### **Лечение диффузного токсического зоба.**

**Лечебное питание:** В связи с усилением обмена веществ и потерей массы тела пациентам показано усиленное, витаминизированное питание. Рекомендуется диета повышенной энергоценности (на 20-30% и более сравнительно с физиологическими нормами) за счет равномерного увеличения содержания белков, жиров и углеводов (3000-3200 ккал).

Из диеты исключают продукты и блюда, возбуждающие сердечнососудистую и центральную нервную систему: крепкие рыбные и мясные бульоны, шоколад, пряности, крепкий чай, кофе и др. Прием пищи 5 раз в день.

#### **Лечение тиреостатическими средствами.**

Мерказолил (тиамазол, метилмазол, тиразол) выпускается в таблетках по 0,005 г, блокирует образование тиреоидных гормонов и оказывает иммуномодулирующее действие.

Побочные действия: лейкопения и агранулоцитоз, аллергические реакции (крапивница), увеличение размеров щитовидной железы.

#### **Препараты микройода:**

Раствор Люголя, таблетки «Микройод» Противопоказаниями к применению препаратов йода являются туберкулез легких, нефриты, фурункулез, геморрагические диатезы, крапивница, беременность, повышенная чувствительность к йоду.

#### **Лечение глюкокортикоидами.**

Глюкокортикоиды при ДТЗ оказывают иммунодепрессантный эффект, уменьшают превращение тироксина в трийодтиронин, уменьшают инфильтрацию щитовидной железы. Чаще всего применяется преднизолон (15-30 мг в сутки).

#### **Иммуномодулирующая терапия.**

Цель этой терапии — нормализация функций иммунной системы: тималин, Т-активин, зимозан, декарис (левамизол).

#### **Лечение β-адреноблокаторами.**

Они уменьшают действие симпатической нервной системы на сердце (снижают тахикардию), обладают антиаритмическим действием, снижают АД, оказывают седативное действие. Наиболее активным препаратом является пропранолол (анаприлин) 40-100 мг в сутки. Тразикор или обзидан в той же дозе. Не ухудшающими бронхиальную проходимость являются β - блокаторы: спесикор и корданум.

#### **Лечение радиоактивным йодом.**

Применяется с лечебной целью радиоактивный йод-131 — излучаемые β - частицы йода разрушают ткань щитовидной железы, и продукция тиреоидных гормонов снижается.

**Хирургическое лечение.** Методом оперативного лечения является субтотальная резекция щитовидной железы.

Показания к оперативному лечению: тяжелые формы заболевания, рецидивы у молодых; мерцательная аритмия; узловые формы зоба; большая степень увеличения щитовидной железы.

#### **Симптоматическое лечение.**

Седативные средства: препараты валерианы, настойка пустырника. Транквилизаторы: сибазон (седуксен), феназепам, мезапам, мебикор.

Сердечные гликозиды — при появлении мерцательной аритмии и НК (коргликон, строфантин в небольших дозах).

Гипотензивные средства (если АД > 160 мм рт. ст. или при сочетании ДТЗ с гипертонической болезнью); ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, диуретики.

Гепатопротекторы (при нарушении функции печени); эссенциале, карсил, гептрал.

Поливитаминотерапия — витаминные комплексы.

Лечение офтальмопатии. Пациентам рекомендуется носить темные очки, спать с приподнятым изголовьем, периодически принимать мочегонные средства (фуросемид 40—80 мг 2 раза в неделю). Лечение офтальмопатии проводится под контролем офтальмолога.

Назначения, контроль лечения, отмены препаратов проводятся только эндокринологом!

### **Неотложная помощь при тиреотоксическом кризе:**

1. Йодид калия 10% - 10-20 мл в/в капельно или 1% раствор Люголя 5-10 мл в 400-800 мл 5 % раствора глюкозы. Затем раствор Люголя в желудок через зонд или в микроклизме.
2. Мерказолил 60-100 мг через желудочный зонд.
3. Обзидан 0,1 % - 2 мл в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия.
4. Глюкоза 5% - 10% до 800 мл в сутки под контролем гликемии.
5. Преднизолон 120-150 мг и более в/в капельно.
6. Для снижения температуры:
  - влажные обертывания;
  - анальгин 50% - 2 мл с димедролом 1% - 1 мл в/м.
7. Для снятия возбуждения:
  - дроперидол 0,25% - 2-4 мл в/в или седуксен 0,5% - 2 мл в/в
8. Госпитализация.

### ***Диспансеризация.***

Пациенты осматриваются эндокринологом 6 раз в год (при тяжелой форме — ежемесячно), 1—2 раза в год — офтальмологом и невропатологом. Каждый раз проводится ОАК, ОАМ, 2—3 раза в год ЭКГ, содержание трийодтиронина и тироксина в крови, 2 раза в год — УЗИ щитовидной железы, корректируется лечение. Показанием для снятия с диспансерного учета является выздоровление.

### ***Лечение гипотиреоза (микседемы):***

Лечебное питание. НКД № 5. Показана диета умеренно пониженной (на 10—20% в сравнении с физиологической нормой) энергоценности за счет углеводов и особенно жиров при физиологически нормальном состоянии белка (70 г белка, 70 г жира, 300 г углеводов). Из рациона исключают богатые холестерином и поваренной солью продукты, при отеках ограничивают прием свободной жидкости.

**Пожизненная заместительная терапия тиреоидными препаратами.** Это основной метод лечения первичного, вторичного и третичного гипотиреоза. Применяются тиреоидные препараты:

Тиреоидин (высушенная щитовидная железа) — выпускается в таблетках по 0,05-0,1 г. L-тироксин — таблетки по 0,05-0,1 г. Трийодтиронин — выпускается в таблетках по 20 и 50 мкг.

Тиреотом, тиреотом-форте, тиреокOMB, зутироксин.

**Симптоматическая терапия:** седативные, антидепрессанты, лечение сердечной недостаточности.

### ***Диспансеризация.***

Диспансерное наблюдение пациентов с гипотиреозом осуществляется эндокринологом пожизненно. Задачами диспансеризации являются прежде всего подбор адекватной, хорошо переносимой дозы тиреоидных препаратов и обеспечение эутиреоидного состояния пациента. Госпитализации в эндокринологическое отделение подлежат пациенты с тяжелой формой гипотиреоза.

Во время диспансерного наблюдения решается вопрос о трудоспособности пациента.

### **Неотложная помощь при гипотиреоидной коме.**

Для согревания пациента необходимо укутать одеялами, постепенно повышать комнатную температуру.

40 % раствор глюкозы 20 мл внутривенно

5% раствор глюкозы 400 мл внутривенно капельно,

Реополиглюкин 400 мл внутривенно капельно

2 мл кордиамина в/м

60—90 мг преднизолона с 10 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно

Оксигенотерапия

госпитализация в отделение интенсивной терапии.

### ***Лечение эндемического зоба.***

Основным методом лечения является применение тиреоидных препаратов. Они тормозят выброс тиреотропина по принципу обратной связи, уменьшая размеры щитовидной железы.

Назначают L-тироксин, трийодтиронин, тиреотом. Назначаются только эндокринологом.

Хирургическое лечение. Хирургическое лечение проводится по показаниям: узловые формы рака; большие размеры зоба; подозрение на малигнизацию.

**Профилактика эндемического зоба.** Профилактика — главное в борьбе с эндемическим зобом. Она складывается из следующих мероприятий:

1) Массовая йодная профилактика путем продажи населению йодированной соли, богатых йодом продуктов питания (хлеба, кондитерских изделий).

2) Групповая и индивидуальная профилактика антиструмином. Групповая профилактика в организованных коллективах эндемичных районов (школы, детсады, интернаты), беременным, кормящим матерям (1—2 таблетки в неделю). Одна таблетка содержит 1 мг калия йодида.

Индивидуальная профилактика антиструмином проводится лицам, перенесшим операцию по поводу эндемического зоба, но находящимся в состоянии эутиреоза, а также лицам, временно проживающим в районах зобной эндемии.

3) В труднодоступных районах применяется внутримышечное введение йодированного масла (1 инъекция в 2-4 мл обеспечивает стабильный синтез тиреоидных гормонов в течение 4-5 лет). Принимают йодированное масло (йодолипол) и в капсулах (1 капсула в год).

### **Лечение болезней гипофиза**

#### ***Лечение акромегалии.***

Методом выбора лечения акромегалии считается **нейрохирургический** — удаление аденомы гипофиза, которое следует проводить как можно раньше.

После операции снижение концентрации соматотропина в крови способствует быстрому клиническому улучшению состояния. После удаления большой аденомы развивается гипоталамо-гипофизарная недостаточность, что требует проведения заместительной терапии преднизолоном, тиреоидными препаратами, гонадотропином. Лицам, которым противопоказана операция, проводится лучевая терапия.

**Лекарственная терапия.** Наиболее часто применяемыми препаратами, нормализующими секрецию соматотропного гормона, являются парлодел и аналог соматостатина — сандростатин (октреотид).

**Симптоматическое лечение.** Лечение сахарного диабета: нарушений сердечно-сосудистой системы; артериальной гипертензии; миокардио-дистрофии; ХСН; нарушений функций печени.

#### ***Диспансеризация.***

Пациенты с акромегалией подлежат диспансеризации пожизненно. Они осматриваются эндокринологом, невропатологом, офтальмологом 4 раза в год. 2 раза в год проводится рентгенография черепа, определяется содержание соматотропина и глюкозы в крови 4 раза в год. При необходимости продолжается лечение парлоделом, симптоматическими средствами.

#### ***Лечение гигантизма.***

При наличии опухоли гипофиза ее удаление. Заместительная терапия преднизолоном, тиреоидными гормонами, половыми гормонами. При отсутствии опухоли назначают лечение половыми гормонами, которые способствуют закрытию зон роста.

#### ***Лечение гипофизарного нанизма.***

**Общеукрепляющая терапия:** полноценное питание с достаточным содержанием белка, овощей, фруктов, витаминов, кальция, фосфора, полноценный отдых, труд, учеба в соответствии с физическим развитием.

**Лечение гормоном роста** — соматотропином длительно, многие месяцы и годы, пока не будут исчерпаны возможности роста.

**Лечение анаболическими стероидными препаратами.** Анаболические стероидные препараты усиливают синтез белка, повышают уровень эндогенного соматотропина и тем самым стимулируют рост.

Препараты: Неробол (метандростенолон, дианабол) по 0,1 -0,15 мг/кг в сутки. Неробол — внутримышечно 1 раз в неделю; Ретаболит — внутримышечно 1 раз в 10—15 дней.

Лечение анаболическими стероидными препаратами продолжается длительно, пока сохраняются зоны роста.

**Коррекция полового развития.** Мальчикам назначается хорионический гонадотропин (профазин), девочкам — малые дозы эстрогенов.

После закрытия зон роста лицам мужского пола назначается заместительная терапия тестостероном пролонгированного действия, лицам женского пола — циклическая эстроген-прогестероновая терапия, лечение проводится под наблюдением гинеколога.

**Заместительная терапия тиреоидными препаратами** — при вторичном гипотиреозе. Назначается тироксин, тиреотом и др.

#### ***Диспансеризация.***

Пациенты с гипопизарным нанизмом находятся на диспансерном учете у врача-эндокринолога пожизненно. Осматриваются каждые 6—12 месяцев. Один раз в год осматриваются невропатологом, офтальмологом, женщины — гинекологом. Контролируется поддерживающая терапия.

#### ***Лечение болезни и синдрома Иценко-Кушинга.***

##### **Патогенетическое лечение.**

Основная задача патогенетического лечения нормализация нарушенных гипопизарно-надпочечниковых взаимоотношений. Для этого применяют лучевую терапию, хирургическое и медикаментозное лечение.

**Лучевая терапия.** Из методов лучевой терапии применяют гамма-терапию и протонное облучение гипопиза.

**Хирургическое лечение.** Заключается в удалении опухоли и облучении гипопиза (при болезни Иценко—Кушинга). При синдроме Иценко—Кушинга — удаление опухоли надпочечника.

**Медикаментозная терапия** — назначаются препараты, подавляющие секрецию гипопизом кортикотропина и функцию коры надпочечников: парлодел, перитол, аминалон, фенибут, конвулекс.

Блокаторы стероидогенеза в надпочечниках: хподитан, аминоклутетамид.

##### **Симптоматическое лечение.**

**Гипотензивная терапия:** диуретики,  $\beta$ -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция.

**Лечение миокардиодистрофии и гипокалиемии:** калиевая диета, анаболические стероидные средства, рибоксин, поливитаминные комплексы, фосфаден.

**Лечение остеопороза:** препараты витамина Д<sub>3</sub> под контролем уровня кальция в сыворотке крови.

#### ***Диспансеризация.***

После лечения пациенты 2-3 раза осматриваются эндокринологом, 2 раза в год — офтальмологом, невропатологом; психиатром — по показаниям; 1 раз в год производится компьютерная томография мозга.

В период диспансеризации решается вопрос о необходимости продолжения лечения и о трудоспособности пациента.

#### ***Лечение ожирения.***

Цели лечения ожирения:

- Мероприятия к снижению веса;
- Длительное поддержание и сохранение нормальной массы тела;
- Длительная профилактика повышения массы тела;
- Активный образ жизни;
- Улучшение качества жизни.

##### **Диета НКД № 5.**

Принципы диетотерапии ожирения:

- 1) Ограничение углеводов и жиров.
- 2) Физиологически нормальное или незначительно повышенное содержание белка в рационе
- 3) Ограничение поваренной соли до 5—7гв сутки. Целесообразно использование поваренной соли
- 4) Умеренное употребление жидкости до 1-1,2 л в день. Это усиливает распад жира как источника «внутренней» воды. В жаркое время года ограничение жидкости не обязательно.

5) Исключение возбуждающих аппетит продуктов и блюд (пряности и пряные овощи, крепкие бульоны и соусы из мяса, рыбы, грибов, копченостей, солений).

6) Соблюдение режима 5—6-разового питания с достаточным объемом пищи для чувства насыщения и с введением между основными приемами пищи сырых овощей и фруктов. Частые приемы пищи «перебивают» аппетит и уменьшают чувство голода.

1-3 раза в неделю назначаются разгрузочные диеты: мясо — овощные, творожно-кефирные, фруктово-овощные и др.

#### **Увеличение физической нагрузки.**

Различные дозированные нагрузки, а также воздействие некоторых факторов внешней среды: воды, воздуха и др.

Лечебная гимнастика, массаж.

Можно рекомендовать **санаторно-курортное лечение** в санаториях Кисловодска, Ессентуки или Боржоми, Пятигорска.

**Фармакотерапия.** Назначение лекарственных средств не лечит ожирение, а носит вспомогательный характер.

Лечебные препараты, применяемые при ожирении, можно разделить на 3 группы: гормональные; симптоматические; прочие.

*Гормональные препараты.* Назначаются в качестве заместительной терапии при функциональной недостаточности тех или иных желез внутренней секреции. Чаще всего применяются препараты щитовидной железы (тиреоидин, L-тироксин), половые гормоны.

Женщинам (после осмотра гинеколога) назначают фолликулин, прогестерон, мужчинам (после осмотра урологом) — метилтестостерон, тестостерон-пропионат и др.

*Симптоматические лекарственные препараты.* Назначаются анорексигенные препараты, угнетающие аппетит: фепранон, дезопимон;

ксеникал (ингибитор липазы), изолипан — снижают массу жировой ткани.

Ингибитор желудочно-кишечной липазы — орлистат (6 месяцев терапии).

Прочие: одним из важных моментов в лечении тучности является ограничение приема жидкости и применение мочегонных препаратов — фуросемида, гипотиозида, урегита и др.

**Хирургическое лечение.** Методы хирургического лечения направлены на устранение этиологии ожирения и для исправления внешних дефектов фигуры.

**Этиологическое лечение** — удаление опухолей в различных отделах ЦНС, образований, регулирующих жировой обмен. Подлежат удалению опухоли надпочечников, яичников. Косметические хирургические вмешательства не могут быть рекомендованы в качестве лечебного мероприятия.

**Профилактика** ожирения. Профилактика ожирения заключается в рациональном питании, начиная с раннего детского возраста.

Большое значение имеют здоровый образ жизни, занятия физкультурой и спортом, борьба с алкоголизмом, своевременное и адекватное лечение эндокринных заболеваний.

Людам с повышенной массой тела необходимо помнить и выполнять три «золотых» правила для снижения массы тела.

1) Ограничить потребление высококалорийных («вредных») продуктов: содержащих много жира или легкоусвояемых углеводов; сахар и сахар-содержащие сладости; алкогольные напитки.

2) Наполовину от привычного уменьшить потребление продуктов средней калорийности («пригодные продукты»): богатые крахмалом и клетчаткой: картофель, все сорта хлеба, каши, макаронные изделия, бобовые и др.; богатые белками (нежирная рыба, мясо, вареная колбаса)

3) Увеличить потребление низкокалорийных продуктов («полезные продукты» содержат много воды, наполняют желудок, но не прибавляют массу тела): минеральная вода, кофе и чай без сахара, все виды зелени, овощей (кроме картофеля и бобовых).

## Лекционное занятие № 4

### Тема: Лечение сахарного диабета

#### *Лечение сахарного диабета.*

Основным принципом лечения пациентов с сахарным диабетом является компенсация нарушенного обмена веществ, нормализация массы тела, гликемия натощак 4,4-6,1 ммоль/л, а после еды не более 8 ммоль/л).

**Режим.** Положительное влияние оказывает физическая активность: утренняя гимнастика 10—15 мин, дозированная ходьба, езда на велосипеде, плавание. Противопоказаниями для физических нагрузок является: гипергликемия выше 15 ммоль/л, гипогликемические состояния и кетоацидоз.

**Лечебное питание:** Назначается диета: ограничиваются углеводы, жиры, белки не ограничиваются. Прием пищи 4—5 раз. Из питания исключаются легко всасывающиеся углеводы: сахар, конфеты, варенье, мед, торты, пирожные, сладкие напитки, виноградный сок, манная и рисовая каши. Если пациент не может отказаться от сладкого, назначают сахарозаменители: сорбит, ксилит, фруктоза. Запрещаются алкогольные напитки (опасность кетоацидоза). Примерное суточное количество углеводов 252 гр. Чтобы разнообразить меню, можно использовать взаимозаменяемые продукты, содержащие углеводы. При этом удобно пользоваться хлебными единицами (ХЕ).

1 ХЕ соответствует 12 г углеводов и 50 ккал. Ориентировочная потребность в хлебных единицах (углеводах):

- люди тяжелого физического труда — 25-30 ХЕ;
- люди, выполняющие среднетяжелую работу — 21 ХЕ;
- молодые пациенты с сидячей работой — 17 ХЕ;
- пациенты старше 50 лет с умеренной избыточной массой тела — 14 ХЕ;
- с избыточной массой тела — 10 ХЕ;
- пациенты с ожирением — 6 ХЕ. (см. приложение)

При СД I типа без нарушения функции почек – высокобелковая диета № 3.

При СД II типа с повышенной массой тела - низкокалорийная диета № 5.

#### **Лечение препаратами инсулина.**

Показания к применению инсулина: ИЗСД, кетоацидоз, прекомы и комы, декомпенсация сахарного диабета, беременность и роды, отсутствие эффекта от диетотерапии и др.

Инсулинотерапия обеспечивает переход глюкозы в клетки, уменьшает поступление глюкозы из печени в кровь, увеличивает синтез белка, стимулирует липогенез, тормозит липолиз.

#### ***По продолжительности действия инсулины делятся на три группы:***

1. Инсулины быстрого, но короткого действия (начало действия через 15-30 минут, длительность — 5-8 часов); это — Н-инсулин, моноинсулин, актропиды, инсуларпы, хумулины.

2. Инсулины средней длительности действия (начало — через 1,5-3 часа, длительность 12—22 часа); это — семилонг, лонг-суспензия, ленте, монотард и др.

3. Инсулины длительного действия (начало через 4—6 часов, длительность — 25—36 часов); это — ультралонг, ультра-ленте, ультратард.

Потребность в инсулине у каждого пациента с ИЗСД индивидуальная, поэтому суточная доза инсулина рассчитывается эндокринологом с учетом гликемии. 1 ЕД инсулина утилизирует 4 г глюкозы. В среднем в сутки необходимо 40 – 60 ЕД.

Препараты инсулина выпускаются во флаконах по 5 и 10 мл и содержанием инсулина по 40 единиц в 1 мл (в импортных препаратах — по 100 единиц в 1 мл). Используется физиологическая методика базис-болус. Введение инсулина пролонгированного действия (базис) сочетается с подколками инсулина короткого действия (болус).

При всех вариантах инсулинотерапии дополнительные приемы пищи должны совпадать со временем максимума введенного инсулина во избежание гипогликемии (головные боли, головокружения, слабость, потливость).

Инсулины короткого действия при СД I типа вводятся подкожно, внутримышечно и при кетоацидозе—внутривенно. Инсулины пролонгированного действия вводятся только подкожно.

Получил широкое распространение метод введения инсулина с помощью разной аппаратуры «закрытого» или «открытого» типа: «биостатор», шприц-ручка фирмы Нова-Нордикс, новопен-1, новопен-2 и др.

Коррекцию доз инсулина в течение суток производят под контролем глюкозурического и гликемического профиля. Глюкозурический профиль отражает содержание глюкозы в порциях мочи: с 8 до 14 часов, с 14 до 19, с 19 до 8 часов следующего утра.

Вводить инсулин необходимо, меняя периодически места введения (плечо, бедро, живот, подлопаточные области) во избежание развития липодистрофии подкожной клетчатки (исчезновение подкожной клетчатки в виде небольшого углубления или ямки размером до 10-12 см). Разрабатываются и внедряются новые методы введения инсулина (микродозаторы, биостатор — искусственная поджелудочная железа, аллотрансплантация поджелудочной железы и др.

**Лечение пероральными гипогликемизирующими (сахароснижающими) препаратами (при ИНСД).**

*Лечение производными сульфанилмочевины* (стимуляция секреции инсулина).

бутаамид, букарбан, хлорпропамид, манинил (глибенкламид), глюренорм, гликлазид, минидиаб, диабетон, предиап.

*Лечение бигуанидами* (улучшают эффект инсулина, притупляют чувство голода) Глибутид (силубин, адебит, буформин) и глиформин (метформин, деформин, глюкофаг), уменьшают аппетит, улучшают обмен углеводов в организме.

**Фитотерапия сахарного диабета:** настойка лимонника, настойка женьшеня, лист и побеги черники, стручки фасоли, овес, корень одуванчика, лопуха, цикория, лист брусники, крапивы, орех грецкий, лавровый лист, капуста (сок), топинамбур и др.

**Лечение ангиопатий, ретинопатии, нейропатий, нарушений половой функции.** Осуществляется соответствующими специалистами. Назначаются коферменты, ангиопротекторы (актовегин, трентал), антиагреганты (курантил), антиоксиданты (витамин Е).

**Рациональная психотерапия.**

**Обучение и самоконтроль пациентов с СД в «Школах для больных СД» предусматривают:**

- ознакомление с сутью заболевания, принципами его лечения;
- соблюдение правильного режима труда и отдыха;
- занятие физкультурой;
- организацию правильного лечебного питания;
- самоконтроль за показателями в крови и моче (с помощью индикаторных полосок, глюкометров);
- постоянный контроль массы своего тела;
- изучение признаков коматозных состояний и мер по их предупреждению, а также оказание неотложной помощи;
- изучение методики инъекции инсулина.

**Лечение коматозных состояний при СД**

**Неотложная помощь при гипергликемической коме**

1. Регидратация изотоническим раствором хлорида натрия со скоростью 0,5-1 литр в час.
2. Определение содержания глюкозы крови.
3. При абсолютной уверенности, что кома гипергликемическая:  
– инсулин - 20 ЕД (10 ЕД в/в и 10 ЕД в/м). Затем по 6-8 ЕД каждый час под контролем уровня гликемии.
4. При гипотонии: фенилэфрин (мезатон) 1% - 0,5 мл п/к, преднизолон 60-90 мг в/в.
5. Желудочно-кишечный диализ с 2% р-ром бикарбоната натрия.
6. Щелочная минеральная вода внутрь.
7. Госпитализация в ПИТ.

Опасной ошибкой является оценка гипогликемической комы как гипергликемической. Введение при этом инсулина может быть смертельным. В клинической практике придерживаются следующего правила: если трудно определить вид комы, то вначале лучше расценивать её как гипогликемическую.

### **Неотложная помощь при гипергликемической коме**

1. Раствор глюкозы 40% - 40 мл в/в струйно.
2. При восстановлении сознания – сладкий чай, конфеты, печенье.
3. При отсутствии сознания повторить введение глюкозы 40% - 40 мл в/в струйно.
4. Раствор глюкозы 5% - 400-800 мл в/в капельно.
5. При низком АД – фенилэфрин (мезатон) 1% - 1 мл п/к.
6. Преднизолон 60 – 90 мг в/в.
7. При длительном отсутствии сознания подозрение на отек мозга. Необходимо введение лазикса 40-80 мг в/в, сульфата магния 25% - 10 мл в/в или в/м и консультация невропатолога.
8. Госпитализация в ПИТ.