

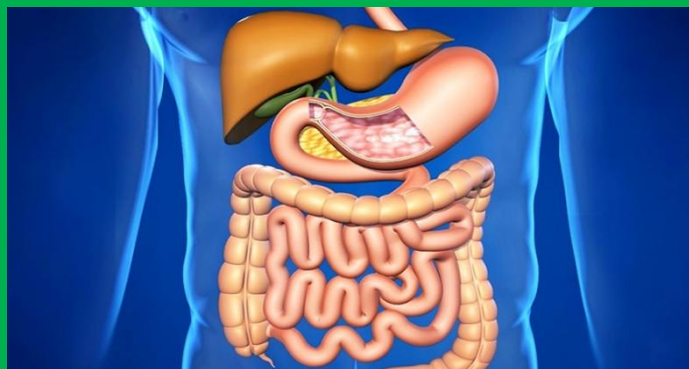


ЦЕНТРАЛЬНАЯ
ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА № 24

ПАМЯТКА ПАЦИЕНТАМ

С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Единый контактный центр
200-20-99



КИСТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

КИСТА – это опухолевидное образование, которое представляет собой полость, оболочка которой состоит из наружного соединительнотканного слоя и внутреннего, выстланного преимущественно многослойным плоским эпителием. Полость кисты обычно заполнена жидким или полужидким содержимым (серозная жидкость, гной, продукты жизнедеятельности эпителиальной выстилки – коллоиды и кристаллоиды).

Своевременная диагностика, использование современных методов лечения кист челюстей, адекватная послеоперационная реабилитация позволяют достичь оптимальных результатов восстановления анатомической целостности, формы, функции и эстетики органов и тканей челюстно-лицевой области, восстановить трудоспособность, исключить моральные психологические нарушения.



Клинико-рентгенологические проявления различных кист и методы их лечения имеют много общего. Однако каждому виду кисты присущи характерные особенности, позволяющие дифференцировать их друг от друга.

Диагностика корневой кисты на основании клинико-рентгенологической картины обычно не вызывает затруднений. В сомнительном случае проводят пункцию кисты и исследование содержимого.

Хирургическое лечение больных с корневыми кистами челюстей является основополагающим.

Только комплексная, своевременно и планомерно осуществляемая специализированная помощь позволяет обеспечить оптимальный эффект лечения и полную реабилитацию

Источник:

Клинические рекомендации «Кисты челюстно-лицевой области и шеи»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K04.8, K09, K09.0, K09.2, K09.8, K11.6, Q18.0, Q18.1, Q18.2, Q18.8, D21.0, L72.0
Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 634

Разработчик клинической рекомендации:

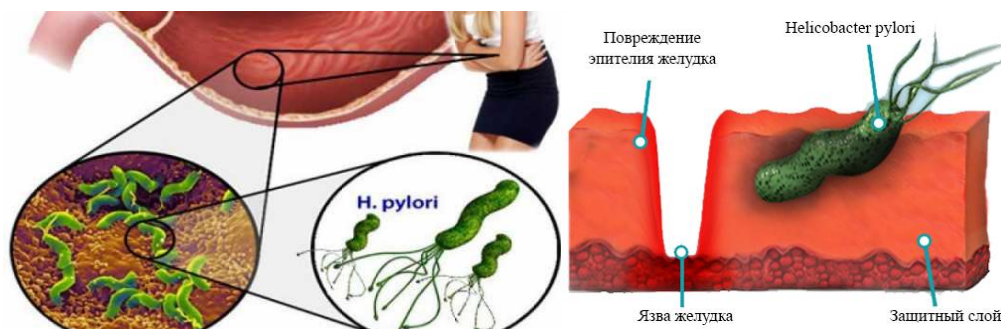
«Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (ЯБ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Основным фактором, вызывающим язвенную болезнь, в настоящее время признан микроорганизм, называемый пилорическим геликобактером (*Helicobacter pylori*). Поэтому каждый пациент, у которого выявлена язвенная болезнь, должен быть обследован на наличие данной инфекции.



При ее подтверждении необходимо **проведение лечения**, направленного на уничтожение данных бактерий (эрадикация) с последующим контролем через 4 - 6 недель.

При неэффективности проведенного лечения следует провести повторный курс терапии с другой схемой назначения лекарственных средств. Важно соблюдать приверженность к лечению и строго контролировать прием лекарственных препаратов.

Пациент с язвенной болезнью должен соблюдать диету (частое, дробное питание, химически, механически и термически щадящая пища), быть очень осторожным при приеме препаратов, обладающих повреждающим действием на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки (ацетилсалициловая кислота, нестероидные противовоспалительные препараты).

При необходимости их приема необходимо обязательное «прикрытие» из препаратов, защищающих слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки.

Источник:
Клинические рекомендации «Язвенная болезнь»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K25, K26
Год утверждения (частота пересмотра): 2020
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2022
ID: 277
Разработчик клинической рекомендации:
- Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация
- Ассоциация медицинских генетиков
- Российское общество специалистов по колоректальному раку
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ



ПРОБОДЕНИЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ – это тяжелое осложнение язвенной болезни. Это осложнение может развиваться и при диагностированной ранее язве и в случаях, когда пациент не знает, что у него уже имеется язва в желудке или в двенадцатиперстной кишке.

Начало болезни, как правило, острое и начинается с сильной боли в животе.

Где бы не находился пациент, ему необходимо предложить прилечь до приезда скорой помощи



Как правило, исход лечения после операции при прободной язве благоприятный. Однако даже при зажившей язве, язвенная болезнь не исчезает. Язвенная болезнь – это хроническое заболевание, поэтому лечение после операции необходимо продолжить.

План лечения должен выработать участковый врач, врач общей практики или врач-гастроэнтеролог. Поэтому после выписки из стационара первый визит должен быть сделан к участковому врачу.

В течение первых 3-х лет после операции, для предотвращения обострений язвенной болезни, пациенту **нужно проводить клиническую и инструментальную диагностику** не менее 1 раза в год.

Пациент должен знать, что при появлении внезапной боли в животе, нужно обратиться за помощью к окружающим или вызвать скорую помощь самостоятельно

Источник:

Клинические рекомендации «Прободная язва»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K25.1, K25.2, K25.5, K25.6, K26.1, K26.2, K26.5, K26.6

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

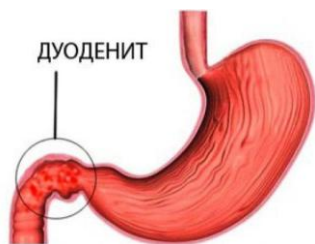
ID: 328

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

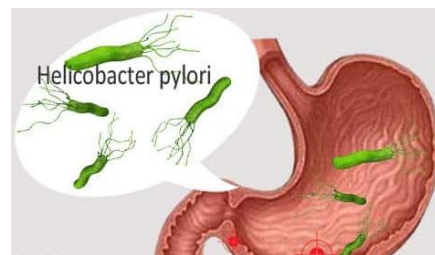
ГАСТРИТ – воспалительное заболевание, при котором поражению подвержена слизистая оболочка желудка. Различают острый и хронический гастриты.



ХРОНИЧЕСКИЙ ДУОДЕНИТ является воспалительным заболеванием двенадцатиперстной кишки, при котором стенки органа разрушаются и истончаются, что приводит к ее деформации

Основным фактором, вызывающим гастрит, в настоящее время признан микроорганизм, называемый **пилорическим геликобактером**. Поэтому каждый пациент, у которого выявлен гастрит, должен быть обследован на наличие данной инфекции.

При ее подтверждении **необходимо проведение лечения**, направленного на уничтожение данных бактерий (эрадикация) с последующим контролем через 4 - 6 недель. При неэффективности проведенного лечения следует провести повторный курс терапии с другой схемой назначения лекарственных средств.



**Важно соблюдать приверженность к лечению
и строго контролировать прием лекарственных препаратов**

Эрадикационная терапия, приводящая к уничтожению пилорического геликобактера, сейчас считается основной мерой, направленной на оздоровление слизистой оболочки желудка, и профилактику рака желудка. Наличие рака желудка у близких родственников (родители, бабушки и дедушки) служит дополнительным основанием для проведения лечения против пилорического геликобактера.

Источник:
Клинические рекомендации «Гастрит и дуоденит»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K29
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2023
ID: 708
Разработчик клинической рекомендации:
- Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация
- Ассоциация «Эндоскопическое общество «РЭнДО»
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПАХОВАЯ ГРЫЖА – выходение покрытых брюшиной внутренних органов через паховый канал.

Через 1 - 2 часа после операции пациент может самостоятельно ходить в медленном темпе.

После операции в области операционного вмешательства возможны умеренные болевые ощущения. Они проходят либо самостоятельно через несколько часов, либо после приема таблетки любого обезболивающего.



Пациентам мужского пола желательно носить специальный суспензорий или плавки для удержания мошонки в приподнятом состоянии.

В течение 2 - 3 недель после операции не следует поднимать тяжести.

Средний срок трудовой реабилитации и возможности занятий спортом у больных с неосложненным течением послеоперационного периода варьирует от 1 до 2 месяцев.

Источник:

Клинические рекомендации «Паховая грыжа»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K40.0, K40.1, K40.2, K40.3, K40.4, K40.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 684

Разработчик клинической рекомендации:

- Всероссийская общественная организация «Общество герниологов»

- Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ВЕНТРАЛЬНАЯ ГРЫЖА (ПВГ) – это любой дефект брюшной стенки, без или с грыжевым выпячиванием, возникший на месте послеоперационного рубца после оперативного вмешательства на органах брюшной полости, определяющийся при клиническом исследовании или визуализации.

Рекомендации пациентам



Необходимо начать ходить с первого дня после операции. Каждый пациент индивидуален и имеет разный болевой порог и уровень физической подготовки, поэтому минимального или, наоборот, максимального расстояния для ходьбы не существует.

Управлять автомобилем разрешается начать, как только пациент почувствует, что действительно может это делать безопасно для себя и окружающих.

Необходимо избегать плавания, посещения бани и сауны, пока послеоперационные раны не зажили полностью. Разрешается бегать трусцой, ездить на велосипеде и ходить в спортзал в пределах комфортности пациента. При этом рекомендуется в тренажерном зале снизить физические нагрузки.

Послеоперационный бандаж рекомендуется носить в течение 1 - 2 месяцев после хирургического лечения, с учетом характера оперативного вмешательства, возраста пациента и состояния его здоровья. Правда, не все врачи выступают за использование послеоперационного бандажа.

Не существуют какие-либо диетические ограничения после операции по поводу послеоперационной грыжи, однако, могут быть в зависимости от наличия заболеваний внутренних органов. Здоровая пища, богатая белками и витаминами, поможет заживлению послеоперационных ран. Для нормализации работы кишечника необходимо употреблять продукты, богатые клетчаткой, и большое количество жидкости, что поможет предотвратить возникновение запоров.

Как правило, к выполнению офисной работы за рабочим столом пациенты могут вернуться через 1-2 недели. Возвращение к выполнению тяжелого физического труда возможно через 4 - 8 недель после операции. Следует отметить, что приведенные цифры являются ориентировочными - они зависят от течения послеоперационного периода и физического состояния пациента.

В долгосрочной перспективе пациенты могут заниматься обычной деятельностью. Нет совершенно никаких доказательств того, что напряженная деятельность (в долгосрочной или даже краткосрочной перспективе) увеличивает вероятность рецидива грыжи.

Источник:

Клинические рекомендации «Послеоперационная вентральная грыжа»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K43.2

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 685

Разработчик клинической рекомендации:

- Всероссийская общественная организация «Общество герниологов»

- Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

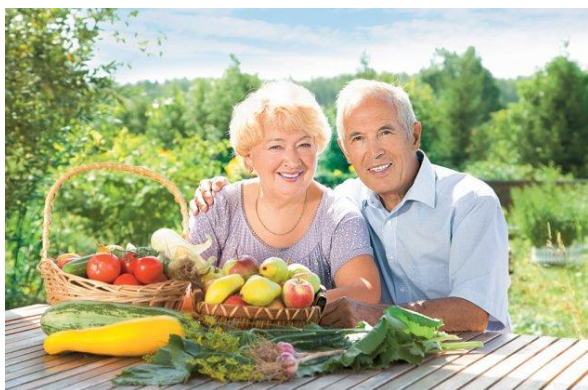
ЗАПОР представляет собой уменьшение частоты опорожнения кишечника (реже 3 раз в неделю) с формированием кала более твердой консистенции (с твердыми комочками или «овечий кал»).

Поскольку запор может встречаться при различных заболеваниях, необходимо применение различных методов лабораторного и инструментального исследования для исключения органических (вторичных) запоров.

При отсутствии признаков органических заболеваний кишечника или других причин запоров (эндокринные, неврологические заболевания и др.) врач делает заключение о наличии у пациента функционального запора.



Причиной их развития служат малое содержание растительной клетчатки в пищевом рационе, недостаточное употребление воды, низкая физическая активность.



Лечение запоров включает в себя нормализацию образа жизни (диета, повышение физической активности), а также прием различных препаратов (слабительных средств, энтерокинетиков), которые назначает врач после проведения обследования.

Источник:
Клинические рекомендации «Запор»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K59.0
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2023
ID: 274
Разработчик клинической рекомендации:
- Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация
- Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ (ОП) – острое гнойно-воспалительное заболевание параректальной клетчатки. Инфекция из прямой кишки по протокам анальных желез может быстро проникать в одно из параректальных клетчаточных пространств. По названиям этих пространств именуется и форма острого парапроктита – подслизистый, подкожный, ишиоанальный, тазовопрямокишечный, ретроректальный.



Внутреннее отверстие гнойника почти всегда одно, а наружных гнойников может быть два и более, причем эти наружные абсцессы нередко располагаются по обе стороны от заднего прохода – сзади или спереди от прямой кишки.

Клиника острого парапроктита: припухлость, болезненность при пальпации, боли, нарастающие, а иногда внезапные, усиливающиеся при ходьбе и сидении, при кашле, при дефекации (не всегда), размягчение в центре. Ухудшается общее состояние, возрастает температура тела в пределах 37-37,9°C.

Более всего общее состояние страдает при глубоких гнойниках, в то время как местно при этих формах абсцесса изменения минимальны – почти нет покраснения кожи, и только глубокий толчок верхушками пальцев вызывает боль с пораженной стороны. При глубоком ОП общее состояние пациента может быть тяжелым (высокая лихорадка, все признаки интоксикации, боли в глубине таза), а местные изменения подчас оказываются мало демонстративными.

Полное выздоровление наступает при своевременном хирургическом лечении. В случае недостаточного дренирования, при отсутствии лечения, при хронической инфекции в качестве последствия парапроктита образовывается свищевой ход.

Иногда свищевые ходы способствуют распространению воспаления в труднодоступные места малого таза. Как результат – инфекцию становится невозможно устранить полностью. Это провоцирует постоянные рецидивы парапроктита. Продолжительное течение заболевания может вызвать спаечные процессы в малом тазу и рубцовые изменения в стенках анального канала.

Профилактика состоит в своевременном лечении болезней прямой кишки, соблюдении личной гигиены, нормализации деятельности кишечника, а также в безотлагательном хирургическом лечении острого течения заболевания.

Источник:
Клинические рекомендации «Острый парапроктит»
Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K61
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2023
ID: 185
Разработчик клинической рекомендации:
- Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА – заболевание, характеризующееся наличием дефекта слизистой анального канала.

Наиболее частой причиной возникновения острых анальных трещин является травма слизистой оболочки анального канала, возникающая при прохождении твердых каловых масс (запоры). В результате возникновения дефекта развивается спазм анального жома, что приводит к нарушениям кровоснабжения слизистой оболочки заднепроходного канала и выраженному болевому синдрому. Вследствие воспалительного процесса и нарушения кровообращения края дефекта уплотняются и рубцуются – формируется хроническая анальная трещина.

Пациентов с трещиной беспокоит в первую очередь боль в заднем проходе после опорожнения прямой кишки, также могут наблюдаться незначительные выделения крови в виде помарок на стуле и туалетной бумаге.

При несвоевременном обращении к врачу могут возникнуть такие осложнения, как: образование свища заднего прохода, рубцовое сужение заднего прохода.

Свищ заднего прохода – хроническое воспалительное заболевание параректальной клетчатки, характеризующееся наличием свищевых отверстий в заднем проходе, наличием свищевого хода, который может открываться на коже в области заднего прохода или соседних областей (ягодичная, паховая, крестцово-копчиковая).

При обращении к колопроктологу, пациенту после сбора жалоб и анамнеза заболевания, врач выполняет осмотр области заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки, при необходимости назначает дальнейшее обследование. При наличии у пациента острой анальной трещины назначается консервативная терапия. В свою очередь, основным методом лечения хронической анальной трещины является хирургический. Операция заключается в иссечении трещины и устранении спазма анального жома. Спазм сфинктера может быть устранен методом медикаментозной релаксации или путем рассечения внутреннего сфинктера на небольшом протяжении.



Адекватное хирургическое лечение хронических анальных трещин позволяет достичь выздоровления у 98 - 100% пролеченных пациентов.

Источник:

Клинические рекомендации «Анальная трещина»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K60.0, K60.1, K60.2

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 172

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»

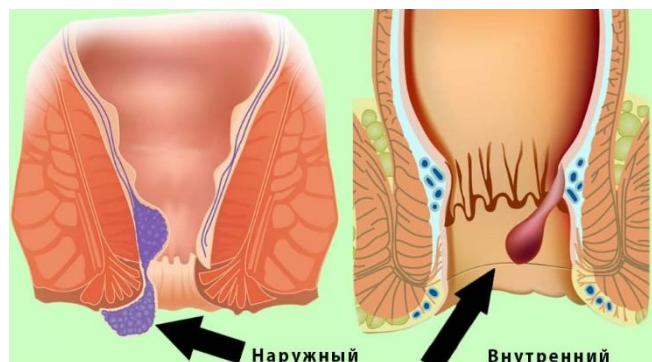
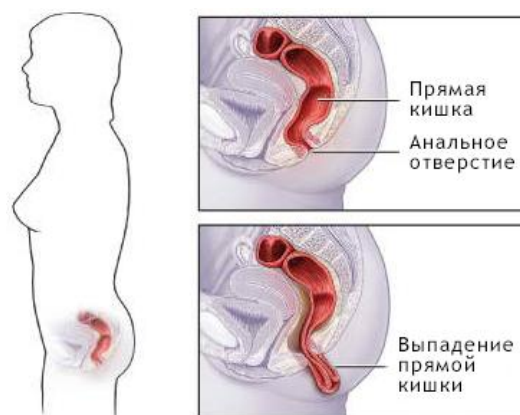
Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

НАРУЖНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ. ГЕМОРРОЙ

НАРУЖНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ – выпячивание или выход всех слоев прямой кишки наружу через заднепроходное отверстие. Внутреннее выпадение прямой кишки и/или сигмовидной кишки без выхода наружу.

В данных ситуациях, в зависимости от степени выраженности симптомов, может потребоваться срочная госпитализация в стационар для проведения консервативного лечения под наблюдением врача, а при полном выпадении – оперативное вмешательство.

Выбор метода операции зависит от стадии выпадения геморроидальных узлов в зависимости от конкретной ситуации с учетом пожеланий пациента в отношении формата лечения.



ГЕМОРРОЙ – заболевание, характеризующееся увеличением наружных (наружный геморрой) и/или внутренних геморроидальных узлов (внутренний геморрой).

Заболевание может проявляться в виде острого процесса, характеризующегося появлением плотных болезненных узлов, не вправляемых в анальный канал (тромбоз геморроидального узла) или острых обильных кровотечений, не останавливаемых местными консервативными средствами.

В данных ситуациях, в зависимости от степени выраженности симптомов, может потребоваться срочная госпитализация в стационар для проведения консервативного лечения под наблюдением врача, а при кровотечении – для остановки кровотечения в операционной.

При хроническом течении заболевания, сопровождающемся периодическими выделениями крови, выпадением внутренних геморроидальных узлов, лечение носит поддерживающий, симптоматический характер. При прогрессировании указанных симптомов пациенту показано хирургическое лечение.

В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, на протяжении первых 1 - 3 месяцев после операции, важным являются соблюдение режима труда, ограничение физических нагрузок, регуляция частоты и консистенции стула. Необходимо добиваться регулярного ежедневного стула мягкой консистенции, избегать сильных натуживаний.

При развитии затруднения опорожнения прямой кишки или запора необходимо добиться нормализации стула. Лечение запора, если оно не обусловлено причинами, требующими оперативного вмешательства, должно начинаться с назначения диеты, содержащей достаточное количество растительной клетчатки, кисломолочных продуктов, растительного масла. Из диеты исключаются копчености, соленья, маринады, какао, шоколад, частично ограничиваются жареные блюда, колбасные изделия, ржаной хлеб. Старайтесь, есть меньше хлеба и хлебобулочных изделий из пшеничной муки высшего сорта (особенно свежие, мягкие), макаронных изделий, блюд из манной крупы. Рекомендуется пища с большим содержанием клетчатки и балластных веществ (содержатся в продуктах растительного происхождения, прежде всего в зерновых). К продуктам, способствующим нормализации стула, относятся: свежий кефир, простокваша, ацидофилин. Положительный эффект оказывают размоченный в воде чернослив, инжир, настой из них, сливовый сок, вареная свекла, пюре из сухофруктов. Из первых блюд полезны супы, борщи, щи на крепком овощном отваре.

Диетологи рекомендуют пудинг из моркови, чернослива, яблок с добавлением лимона, свекольное пюре, винегрет с растительным маслом. По утрам натощак рекомендуется выпить стакан минеральной воды, фруктовый сок (сливовый, персиковый, абрикосовый) или горячий лимонный напиток. Послабляющее действие оказывают съеденные натощак тертая морковь, сырое яблоко, простокваша, 5-7 штук чернослива, вымытого и залитого с вечера кипятком. Кроме того, при общем удовлетворительном состоянии показаны прогулки и незначительная физическая нагрузка. Полезны утренняя гимнастика, физические упражнения с акцентом на мышцы живота, рекомендуются быстрая ходьба.

Лекарственная терапия запоров должна проводиться с большой осторожностью, кратковременными курсами, под контролем врача.

Несколько дополнительных рекомендаций при запорах:

1. Обратитесь к врачу и выясните, каким из вышеприведенных советов Вам можно воспользоваться.
2. Выпивайте 4 - 8 стаканов жидкости в день.
3. Ваша диета должна включать продукты, способствующие движению (перистальтике) кишечника. Рекомендуем хлеб грубого помола, хлебцы с отрубями, каши – гречневая, овсяная, пшеничная, перловая с молоком или растительным маслом, крупяные блюда. Включайте в свой рацион продукты, содержащие клетчатку (так в молочные коктейли диетологи рекомендуют добавлять сырые овощи и фрукты, орехи, проросшую пшеницу). Попробуйте овсяное печенье, кукурузные хлопья.
4. Некоторым пациентам хорошо помогают яблоки, инжир, финики, чай с лимоном.
5. Полезен отвар чернослива по утрам и на ночь.
6. Обязательно добавляйте в пищу отруби, начиная с одной чайной ложки в день. Затем это количество нужно увеличить до 4 - 6 ложек в сутки. Слишком быстрое увеличение дозы может вызвать жидкий стул и вздутие живота. Попробуйте добавлять отруби в каши, запеканки из риса или картофеля, в молочные продукты.
7. Во время лечения противоопухолевыми препаратами принимайте слабительные препараты только в крайнем случае.

Источник:

Клинические рекомендации «Выпадение прямой кишки»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K62.3

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 177

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Источник:

Клинические рекомендации «Геморрой»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K64

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 178

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ (АБП) – повреждение паренхимы печени под воздействием употребления этанола, которое может проявляться в нескольких вариантах: стеатоз (патологическое состояние, связанное с накоплением жиров в клетках организма), алкогольный гепатит (воспалительный процесс в печени, где здоровые ткани и клетки замещаются соединительной тканью), фиброз и цирроз печени.



Причиной развития АБП является употребление алкогольсодержащих напитков.

Развитие АБП не зависит от типа и вида алкогольсодержащего напитка.

Четко определенной дозы, при которой организму обязательно будет нанесен ущерб, не существует.

Безопасной дозы алкоголя также не существует

Согласно рекомендациям ВОЗ, различают «опасную» и «вредную» модели употребления алкоголя, а также эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах и алкогольную зависимость.

Опасное употребление алкоголя – это модель употребления алкоголя, включающая дозы и режим употребления, которая увеличивает риск причинения вреда при условии постоянного употребления алкоголя. Более одной стандартной порции алкоголя в день увеличивает вероятность неблагоприятного прогноза для здоровья пациента.

Вредное употребление алкоголя представляет собой модель употребления алкоголя, которая приводит к причинению вреда здоровью (физическому или психическому). При этом больной может и не подозревать о наличии у себя патологии (как часто и происходит при алкогольной болезни печени ввиду отсутствия выраженных симптомов на ранних стадиях заболевания).

Эпизодическим употреблением алкоголя в больших количествах считается более 60 г чистого спирта, употребленного за сутки. При алкогольной зависимости факт наличия АБП диагностируется практически у всех пациентов.

Первым и обязательным условием профилактики развития алкогольной болезни печени является прекращение употребления токсических доз алкоголя, а также регулярного употребления алкогольсодержащих напитков.

Первым и обязательным условием успешного лечения алкогольной болезни печени является полное прекращение употребления алкоголя, без чего прогрессирование заболевания неизбежно.

Рекомендуется пунктуально выполнять все рекомендации лечащего врача и сообщать ему обо всех тревожащих Вас симптомах

Симптомы, которые могут свидетельствовать об ухудшении состояния печени: прогрессирующая, не объяснимая другими причинами, слабость, повышенная утомляемость на фоне привычных физических и психоэмоциональных нагрузок, головные боли, нарушения сна, снижение внимания и

памяти, появление подкожных гематом («синяков») без каких либо физических воздействий, геморрагические высыпания на коже, носовые и десневые кровотечения, желтушность кожных покровов, появление или усиление кожного зуда, рвота кровью или «кофейной гущей», стул черного цвета дегтеобразной консистенции («мелена»), появление или усиление болей в верхних отделах живота, правом и/или левом подреберьях. Во всех этих случаях необходимо посетить лечащего врача. При отсутствии тревожащих симптомов посещения врача осуществляются в сроки, рекомендуемые врачом.

Необходимо исключить самостоятельное применение лекарственных препаратов или БАДов, это может привести к тяжелым последствиям вплоть до смертельного исхода

Источник:

Клинические рекомендации «Алкогольная болезнь печени (АБП) у взрослых»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K70

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 711

Разработчик клинической рекомендации:

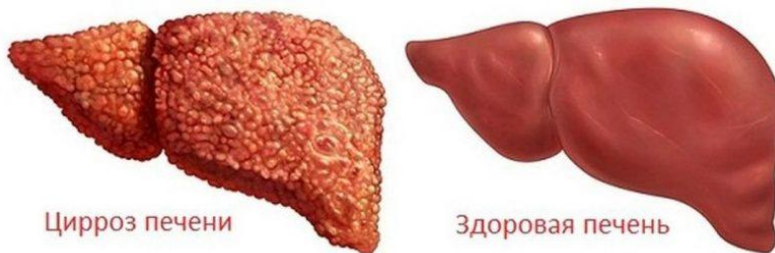
- Общероссийская общественная организация «Ассоциация колопроктологов России»

- Общероссийская общественная организация «Российское научное медицинское общество терапевтов»

- Научное общество гастроэнтерологов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ (ЦП) – это хроническое заболевание печени, сопровождающееся необратимым замещением паренхиматозной ткани печени фиброзной соединительной тканью с образованием узлов.



Цирроз печени развивается при формировании соединительной ткани в печени в результате различных хронических заболеваний, включая действие алкоголя, вирусные гепатиты, аутоиммунные заболевания печени, более редкие наследственные заболевания печени.

По мере прогрессирования заболевания печень с трудом выполняет основные свои функции, что приводит к развитию таких осложнений как желтуха, асцит (накопление жидкости в брюшной полости) и отеки, печеночная энцефалопатия (нарушение ориентации, заторможенность, сонливость). При наличии расширенных вен пищевода и желудка может развиваться кровотечение, которое проявляется резкой слабостью, тошнотой, рвотой желудочным содержимым по типу «кофейной гущи».

Вам необходимо находиться под постоянным контролем врача, который определит перечень необходимых исследований и их периодичность, назначит необходимую терапию.

В случае своевременной диагностики цирроза печени и лечения основного фактора, который привел к циррозу, можно избежать этих жизнеугрожающих осложнений, а в некоторых случаях даже обратить процесс вспять

Источник:

Клинические рекомендации «Цирроз и фиброз печени»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K70.3, K71.7, K74.0 - K74.6, K72, K76.7

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 715

Разработчик клинической рекомендации:

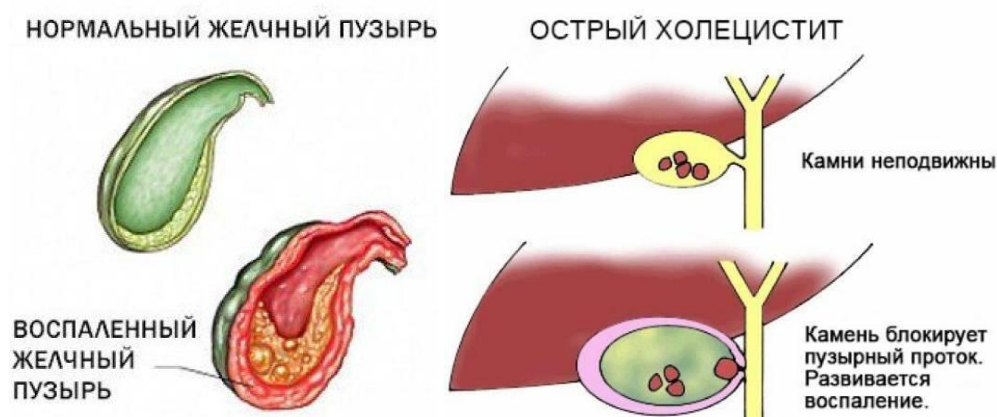
- Российское общество по изучению печени

- Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ (ОХ) – острое воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией или угрозой ее возникновения. Острый холецистит является самым частым осложнением желчекаменной болезни.

Основной причиной возникновения острого воспаления и гибели клеток в стенке желчного пузыря является повышение внутрипузырного давления до 200 - 300 мм вод. ст. Как правило (90 - 95%), оно возникает из-за нарушения оттока желчи из желчного пузыря и воспалительного экссудата в результате закупорки полости камнем, комочком слизи, желчным сладжем – взвесью из кристаллов жироподобного вещества, солей кальция, белка и др.



После операции в течение 1 - 2 месяцев пациент должен придерживаться относительно простых и выполнимых ограничений.

Диета

После операции по поводу ОХ еда в домашних условиях должна быть перетертой, кашеобразной. Разрешаются молоко и молочные кисели, жидкие каши (лучше на воде), куриный и овощной бульон, овощные пюре. Диетическое питание прописывается пациенту в первые 2 - 3 месяца после операции. Рацион питания влияет на состав микрофлоры кишечника и на активность его функций. Необходимо следовать таким принципам:

- дробное и частое питание, противопоказано одномоментное употребление крупных порций еды;
- пища не должна быть горячей или холодной, а лишь немного подогретой;
- полноценное питание, обеспечивающее организм всем спектром питательных веществ, витаминов и минералов, поскольку в восстановительном периоде требуется стимуляция и укрепление иммунитета;
- исключение продуктов, способствующих брожению и газообразованию в пищеварительном тракте;
- рацион питания не должен содержать бобовых, тяжелых животных жиров, любых сортов капусты, копченостей, маринадов и солений, не рекомендуется употребление алкогольных и газированных напитков.

В первые две недели из рациона исключаются:

- копченые, соленые, жирные, жареные и острые блюда;
- колбасы;
- специи, майонез, кетчуп;
- хлебобулочные изделия;
- алкоголь (вплоть до полного восстановления).

Пациенту настоятельно рекомендуется следить за своим весом. Поскольку физическая активность в послеоперационный период существенно минимизируется, легко набрать лишний вес, что крайне нежелательно.

Для восстановления нормальной микрофлоры организму полезны молочные и кисломолочные продукты, обильный питьевой режим. Мясо и рыба в первые недели после операции употребляться

не должны, однако допустимы бульоны и перетерты мясные/рыбные фарши пюре. Лучше отказаться от хлеба и хлебобулочных изделий, отличной их альтернативой могут быть хлебцы, где есть минимум клетчатки и углеводов. Благоприятно организмом воспринимаются овощи (морковь, свекла), бананы, от citrusовых фруктов лучше отказаться. В тоже время для иммунизации организму необходим витамин С, который можно черпать из других продуктов питания или потреблять в таблетированном виде, равно как и другие витамины и витаминно-минеральные комплексы.

Окончание диеты не должно быть резким. Рекомендуется постепенно расширять рацион. Ни в коем случае не стоит резко срываться на ранее исключенные из рациона продукты. В целом послеоперационная диета не строга, а потому полезно будет следовать уже привычным за несколько месяцев правилам и в последующем. Это пойдет лишь на пользу организму.

Физическая активность после операции по поводу острого холецистита

В последующие 6 недель происходит сращение мышц, на фоне чего остается риск образования спаек и грыж.

Категорически запрещается поднимание тяжестей и активные физические нагрузки

В то же время отмечается, что ежедневная ходьба небыстрым шагом по 2 - 3 километра в послеобеденное время способствует предотвращению спаек. Прописывается лечебная гимнастика. Примечательно, что наилучшее восстановление мышечной ткани происходит у тех лиц, кто ранее вел активный образ жизни и поддерживал свое тело в тонусе. Спустя несколько месяцев можно возвращаться к умеренным нагрузкам, постепенно дополняя лечебную гимнастику общими упражнениями:

- совершать пешие прогулки на небольшие расстояния;
- после формирования послеоперационного рубца – посещать бассейн и выполнять несложные физические упражнения;
- тем, кто ведет активный образ жизни, а также пациентам с лишним весом – носить специальный бандаж.

Источник:

Клинические рекомендации «Острый холецистит»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K80.0, K81.0, K82.2

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 324

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ



ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ – представляет собой образование в желчном пузыре или близлежащих желчных протоках желчных камней (твердых отложений холестерина или солей кальция).

Причиной образования камней служит избыточная концентрация желчи.

У некоторых пациентов возникают такие **симптомы** как: тошнота и интенсивные непрекращающиеся боли в верхней средней

и верхней правой частях живота. В некоторых случаях выраженная боль может возникать приступообразно и сопровождаться подъемом температуры.

Образование желчных камней происходит при нарушении химического равновесия компонентов желчи, что приводит к формированию в ней на начальном этапе мелких твердых частиц («хлопьев»), из которых в дальнейшем формируются более крупные желчные камни. Желчные камни могут быть различного размера, они могут быть округлыми и гладкими или же неправильной формы с множеством граней. Количество камней также различно – от одного до сотен. Различают также холестериновые камни и пигментные камни (при состояниях с повышением уровня билирубина).



К осложнениям желчнокаменной болезни относятся: закупорка желчным камнем пузырного или общего желчного протока, острое и хроническое воспаление желчного пузыря, острый воспалительный процесс поджелудочной железы, вызванный закупоркой протока поджелудочной железы, воспаление желчных путей.

Многие желчные камни, особенно те, которые не вызывают появления симптомов, обнаруживаются случайно при проведении **диагностических процедур**, включающих ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерную томографию, назначаемых по другому поводу. При возникновении подозрений на наличие желчных камней врач может назначить **дополнительное обследование**, которое обычно включает: исследование крови клиническое и биохимическое, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, по показаниям – компьютерную томографию и другие при клинической необходимости.

Наличие камней в желчном пузыре, не сопровождаемых симптомами «острого живота», не требует немедленного хирургического вмешательства.

Показано медикаментозное растворение желчных камней, которое может быть достаточно длительным (до 2-х лет). В течение первых 5 лет после успешного растворения конкрементов частота рецидивов составляет приблизительно 10% в год, затем начинает постепенно снижаться. Однако успешное растворение камней не способно полностью предотвратить рецидивы камнеобразования.

Для контроля за процессом камнеобразования необходимо проведение периодически контрольных УЗИ после окончания лечения.

Источник:

Клинические рекомендации «Желчнокаменная болезнь»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K80

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 580

Разработчик клинической рекомендации:

- Союз педиатров России

- Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация детских хирургов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ (ОП) – воспалительное заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежит агрессивное выделение поджелудочной железой активных ферментов, способствующих перевариванию собственной ткани с последующей гибелью клеток поджелудочной железы, окружающих тканей и органов.



Здоровая поджелудочная железа



Воспаление поджелудочной железы

Пациент должен придерживаться относительно простых и выполнимых ограничений.

Еда в домашних условиях должна быть перетертой, кашеобразной. Разрешаются молоко и молочные кисели, жидкие каши (на воде), куриный и овощной бульон, овощные пюре.

Принципами диетического питания в первые 2 - 3 месяца являются:

- дробное и частое питание, противопоказано одномоментное употребление крупных порций еды;
- пища не должна быть горячей или холодной, а лишь немного подогретой;
- полноценное питание, обеспечивающее организм всем спектром питательных веществ, витаминов и минералов, поскольку в восстановительном периоде требуется стимуляция и укрепление иммунитета;
- исключение продуктов, способствующих брожению и газообразованию в пищеварительном тракте;
- рацион питания не должен содержать бобовых, тяжелых животных жиров, любых сортов капусты, копченостей, маринадов и солений, исключается употребление алкогольных и газированных напитков.

В первые две недели из рациона исключаются:

- копченые, соленые, жирные, жареные и острые блюда;
- колбасы;
- специи, майонез, кетчуп;
- хлебобулочные изделия;
- алкоголь (вплоть до полного восстановления).

Пациенту настоятельно рекомендуется следить за своим весом.

Для восстановления нормальной микрофлоры организму полезны молочные и кисломолочные продукты, обильный питьевой режим. Лучше отказаться от хлеба и хлебобулочных изделий, отличной их альтернативой могут быть хлебцы, где есть минимум клетчатки и углеводов. Благоприятно организмом воспринимаются овощи (морковь, свекла), бананы, от citrusовых фруктов лучше отказаться. В то же время для иммунизации организму необходим витамин С, который можно черпать из других продуктов питания или потреблять в таблетированном виде, равно как и другие витамины и витаминно-минеральные комплексы. Окончание диеты не должно быть резким. Рекомендуется постепенно расширять рацион.

Источник: Клинические рекомендации «Острый панкреатит»

Кодирование по МКБ и проблем, связанных со здоровьем: K85.0, K85.1, K85.2, K85.3, K85.8, K85.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2022

ID: 326

Разработчик клинической рекомендации:

- Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов»
 - Международная общественная организация «Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ»
 - Корпоративная некоммерческая организация «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов»
 - Некоммерческое партнерство «Северо-Западная ассоциация парентерального и энтерального питания»
 - Общероссийская общественная организация содействия развитию лучевой диагностики и терапии «Российское общество рентгенологов и радиологов»
 - Региональная общественная организация «Санкт-Петербургское радиологическое общество»
- Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ