

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ,
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

АЛКОГОЛЬНИЙ ГЕПАТИТ

Вступ

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

Перелік скорочень та визначень, що застосовані в протоколі

АГ	–	Алкогольний гепатит
АХП	–	Алкогольна хвороба печінки
АЛТ	–	Аланінамінотрансфераза
АСТ	–	Аспартатамінотрансфераза
ГГТП	–	Гамма-глутамілтранспептидаза
ДФМ	–	Дискримінантна функція Меддрея
MPT	–	Магнітно-резонансна томографія
ПУ	–	Пропілтіоурацил
ПЧ		Протромбіновий час
AUDIT		Тести для ідентифікації порушень, що обумовлені споживанням алкоголю
GAHS		Шкала Глазго оцінки алкогольного гепатиту
MELD		Модель діагностики термінальної стадії захворювання печінки
SAMe		S-аденозил-метіонін

I. Паспортна частина

1.1. **Діагноз:** алкогольний гепатит

1.2. **Шифр згідно МКХ-10:** K70.1

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

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

1.5. **Дата складання протоколу:** 2014 рік

1.6. **Дата перегляду протоколу:** 2017 рік

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Хобзей Микола Кузьмич	Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, професор, доктор медичних наук (голова робочої групи з клінічних питань)
Харченко Наталія В'ячеславівна	Завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кор. Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Гастроентерологія» (заступник голови робочої групи з клінічних питань)
Ліщишина Олена Михайлівна	Директор департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», старший науковий співробітник, кандидат медичних наук (заступник голови робочої групи з методології)
Бабак Олег Якович	Завідувач відділу ДУ «Інституту терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», професор, доктор медичних наук, Віце-президент Української гастроентерологічної асоціації
Бабінець Лілія Степанівна	Завідувач кафедри загальної практики-сімейної медицини Тернопільського Державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, професор, доктор медичних наук
Драгомирецька Наталія Володимирівна	Головний науковий співробітник, керівник відділу відновного лікування хворих гастроентерологічного профілю ДП «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології» МОЗ

України, професор кафедри загальної практики та медичної реабілітації Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук

Дроговоз
Світлана Мефодіївна

Професор кафедри фармакології Харківського національного фармацевтичного університету, професор, доктор медичних наук

Захараш
Михайло Петрович

Завідувач кафедри хірургії №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, членкор. Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Проктологія»

Звягінцева
Тетяна Дмитрівна

Завідувач кафедри гастроентерології Харківської медичної академії післядипломної освіти, професор, доктор медичних наук

Корендович
Володимир Степанович

Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Гастроентерологія» Управління охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації, завідувач гастроентерологічного відділення Житомирської обласної клінічної лікарні ім. О.Ф. Горбачевського

Коруля
Ірина Анатоліївна

Доцент кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук

Матюха
Лариса Федорівна

Завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»

Марухно
Ірина Сергіївна

Асистент кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук

Маяцька
Оксана Віталіївна

Асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук

Нікішаєв

Завідувач відділення ендоскопічної діагностики та

Володимир Іванович	малоінвазивної хірургії Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, доктор медичних наук
Острополець Наталія Андріївна	Начальник відділу високоспеціалізованої медичної допомоги управління спеціалізованої медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України
Рассказова Людмила Миколаївна	Завідувач амбулаторії загальної практики – сімейної медицини с. Іванівка, Ставищанський район, Київська область
Свінціцький Анатолій Станіславович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, професор, доктор медичних наук
Скрипнік Ігор Миколайович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», професор, доктор медичних наук
Ткач Сергій Михайлович	Професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, професор, доктор медичних наук
Фомін Петро Дмитрович	Завідувач кафедри факультетської хірургії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Хірургія»
Худошина Ольга Валентинівна	Заступник начальника Управління – начальник відділу управління якістю медичної допомоги Управління контролю якості медичних послуг МОЗ України
Червак Ігор Миколайович	Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Гастроентерологія» Головного управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації, завідувач гастроентерологічного відділення Київської міської клінічної лікарні № 8

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Степаненко Алла Василівна	Радник Міністра охорони здоров'я, консультант ДП «Державний експертний центр МОЗ України», професор, доктор медичних наук
Горох Євген Леонідович	Начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
Шилкіна Олена Олександрівна	Начальник відділу методичного забезпечення нових технологій в охороні здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

Адреса для листування:

Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», 03151, м.Київ, вул.Ушинського, 40. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів за посиланням: <http://www.dec.gov.ua/mtd/vybirtemy.html>

Рецензенти

Фадєєнко Галина Дмитрівна	Директор Державної Установи «Національний Інститут терапії імені Л.Т. Малої Національної академії медичних наук України», доктор медичних наук, професор
Безруков Владислав Вікторович	Директор Державної установи «Інститут геронтології імені Д.Ф.Чеботарьова Національної академії медичних наук України», академік Національної академії медичних наук України, професор, доктор медичних наук

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Алкогольний гепатит (АГ) входить до структури алкогольної хвороби печінки (АХП), що включає в себе широкий спектр нозологій від неускладненого стеатозу до цирозу печінки, що викликані систематичним вживанням алкогольних напоїв. Зловживання алкоголем представляє важливу медико-соціальну проблему в усьому світі, особливо у США, в країнах Європи, у тому числі і в Україні. Згідно статистичних даних, 4,65 % американців відповідають критеріям зловживання алкоголем, а 3,81 % - критеріям алкогольної залежності. Серед населення США у 2003 році 44 % усіх летальних випадків від захворювань печінки, були пов'язані із зловживанням алкоголем. Рівень захворюваності та смертності від АХП у популяції залежить від показника споживання алкоголю на одну особу. Щоденне вживання алкоголю у дозі **більше 60 г** на добу призводить до формування стеатозу печінки, який у 5-15 % випадків прогресує у фіброз та цироз печінки. У 10-35 % пацієнтів госпіталізованих з приводу алкоголізму діагностують АГ, який характеризується широким спектром морфологічних змін у тканинах печінки та, відповідно, варіацією ступеню тяжкості від середнього до важкого, значно погіршуючи короткостроковий прогноз захворювання.

Достовірні дані щодо розповсюдженості АГ в Україні відсутні.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

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

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

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

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Первинна профілактика		
<p>1.1. Підтримка здорового способу життя, не зловживання алкоголем;</p> <p>2. Пацієнтам хоча б з одним епізодом АГ рекомендована повна відмова від вживання алкоголю</p> <p>3. Харчування пацієнтів з АГ має бути повноцінним, підвищеної калорійності:</p>	<p>Існують докази щодо виникнення АГ в результаті систематичного, тривалого вживання алкоголю. Стандартна порція, прийнята, як еквівалент складає 8 г етанолу. Обов'язковою умовою лікування пацієнтів з АГ є повна відмова від алкоголю, дотримання висококалорійної дієти з пропорцією білка 1,2-1,5 г/кг .</p>	<p>Обов'язкові: Надання рекомендацій щодо уникання впливу факторів ризику розвитку АГ, що пов'язані зі способом життя та зловживанням алкоголем..</p>
2. Діагностика		
<p>1. Діагностичні заходи спрямовуються на встановлення алкогольного генезу ураження печінки, диференційної діагностики щодо гепатитів неалкогольної етіології, пухлин та метастазів печінки.</p> <p>2. Обов'язковим є визначення функціонального стану печінки за показниками біохімічного аналізу крові</p>	<p>Доведено, що у діагностиці АГ має значення ретельно зібраний анамнез, який дозволяє встановити наявність зловживання алкоголем.</p> <p>З діагностичною метою можуть застосовуватись скринінгові тести:</p>	<p>Обов'язкові: <u>1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:</u> 1.1. наявність та тривалість зловживання алкоголем; 1.2. Результати діагностичних тестів CAGE, AUDIT (додатки 1, 2); 1.3. симптоми та фактори, що свідчать про розвиток гепатиту іншої етіології (вірусної, токсичної, аутоімунної, медикаментозної) <u>2. Фізикальне обстеження.</u> (див. розділ 4.2.) <u>3. Лабораторні методи обстеження:</u> 3.1. Загальний аналіз крові з</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		<p>формулою);</p> <p>3.2. Біохімічний аналіз крові (АЛТ, АСТ та їх співвідношення, ГГТП, ЛФ, білірубін та його фракції, ЛДГ, загальний білок, альбумін, гамма-глобуліни, креатинін);</p> <p>3.3. Скринінгові маркери вірусних гепатитів (HbsAg, анти-HCV)</p> <p><u>4. Інструментальні методи обстеження:</u></p> <p>4.1 ЕКГ;</p> <p>4.2. УЗД печінки та органів черевної порожнини.</p> <p><u>5. При необхідності направити на консультацію до:</u></p> <p>5.1. гастроентеролога</p> <p>5.2. інфекціоніста (при позитивних маркерах вірусних гепатитів);</p> <p>5.3. невропатолога (виключення енцефалопатії, полінейропатії);</p> <p>5.4. проктолога (при розширенні гемороїдальних вен);</p> <p>5.5. онколога при підозрі щодо злоякісного новоутворення.</p>
3. Методи лікування		
Лікування АХП та її ускладнень проводиться лікарем гастроентерологом, водночас, лікар загальної практики-сімейний лікар/терапевт дільничний	Доведено, що повна відмова від прийому алкоголю є найбільш вагомим умовою успіху терапевтичного втручання при АГ, що дозволяє знизити темпи ураження	Обов'язкові: 1. Призначити корекцію способу життя, зокрема режиму та калорійності харчування із дотриманням достатнього вмісту білків, вітамінів та мікроелементів (додаток 1).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
<p>може призначити заходи з корекції способу життя згідно з відповідними медико-технологічними документами (відмова від вживання алкоголю, дотримання режиму харчування, праці та відпочинку) та симптоматичне лікування.</p>	<p>печінки, покращити прогноз та мінімізувати ускладнення у пацієнтів. Доведено, особливістю лікування пацієнтів з АГ є нормалізація харчування.</p>	<p>2. Надати медичну допомогу щодо відмови від вживання алкоголю, згідно з відповідними медико-технологічними документами 3. Забезпечити медикаментозну корекцію супутніх захворювань</p>
4. Подальше спостереження / диспансеризація		
<p>Пацієнти з АГ потребують подальшого спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану лікування та рекомендацій спеціалістів. При необхідності призначає симптоматичне лікування.</p>	<p>Доведено, що АГ, особливо, при важкому перебігу є фактором ризику госпітальної летальності. Прогресування АГ може призвести до розвитку фіброзу, цирозу печінки та формуванню ускладнень: кровотеч із варикозно-розширених вен стравоходу, спонтанного бактеріального перитоніту.</p>	<p>Обов'язкові: 4.1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль дотримання плану лікування та диспансеризації. 4.2. Проводити 1 раз на 6 місяців диспансеризацію пацієнта, з метою контролю дотримання абстиненції, фізикального та лабораторного обстеження для виявлення клінічних та лабораторних ознак прогресування АГ. При необхідності – проведення додаткового обстеження та скерування до гастроентеролога. 4.3. Надавати рекомендації щодо здорового способу життя, необхідності абстиненції, режиму харчування та фізичних навантажень (додаток 1).</p> <p>Бажані: Направлення в період ремісії</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		на санаторно-курортне лікування (додаток 2).

3.2. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ (СПЕЦІАЛІЗОВАНУ) МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Профілактика		
<p>Обов'язковою умовою лікування пацієнтів АГ є:</p> <p>1.1. повна відмова від алкоголю;</p> <p>1.2. ведення здорового способу життя;</p> <p>1.3. повноцінне харчування</p>	<p>Існують беззаперечні докази стосовно прогресування хвороби при подальшому вживанні алкоголю навіть у незначних кількостях</p> <p>Крім того Білково-калорійна незбалансованість раціону є фактором несприятливого прогнозу при АГ.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>1.1. Призначити корекцію факторів ризику розвитку АГ, що пов'язані із способом життя та зловживанням алкоголем.</p> <p>1.2. Підтримка здорового способу життя.</p> <p>1.3. У пацієнтів із діагностованим АГ рекомендована повна відмова від вживання алкоголю.</p> <p>1.4. Харчування пацієнтів із АГ має бути повноцінним, підвищеної калорійності, та збалансованим стосовно вітамінів та мікроелементів</p>
2. Госпіталізація		
<p>Госпіталізація пацієнтів з АГ у стаціонар здійснюється при:</p> <p>2.1. виникненні ускладнень алкогольного гепатиту;</p> <p>2.2. необхідності інвазивних діагностичних процедур;</p> <p>2.3. необхідність хірургічного втручання.</p> <p>2.4. АГ середнього та тяжкого ступеню</p>	<p>Госпіталізація здійснюється при:</p> <p>- алкогольному гепатиті помірної або високої активності;</p> <p>- неефективності амбулаторного лікування;</p> <p>- ускладненнях АГ (цироз печінки, портальна гіпертензія,</p> <p>- кровотеча з варикозно розширених</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>При плановій госпіталізації заповнюється відповідна медична документація:</p> <p>- направлення на госпіталізацію;</p> <p>АГ середнього та тяжкого ступеню потребує призначення кортикостероїдів, гепатопротекторів та проведення адекватної дезінтоксикаційної терапії в умовах стаціонару</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
потребує призначення та проведення адекватної дезінтоксикаційної терапії в умовах стаціонару	вен стравоходу; - розвиток гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК)	
3. Діагностика		
<p>3.1. Діагностичні заходи спрямовуються на підтвердження алкогольного генезу ураження печінки;</p> <p>3.2. диференційної діагностики щодо гепатитів неалкогольної етіології (неалкогольний стеатогепатит, вірусний, токсичний, медикаментозний, аутоімунний гепатити), пухлин та метастазів печінки.</p> <p>3.3. Обов'язковим є визначення функціонального стану печінки за показниками біохімічного аналізу крові.</p> <p>3.4. За наявності АГ рекомендовано проводити додаткове інструментальне обстеження (УЗД, МРТ ОЧП) з метою виявлення ураження органів-мішеней.</p> <p>3.5. За умов тяжкого гепатиту з не уточненою етіологією може бути проведена біопсія печінки.</p>	<p>Пацієнтам з не уточненим діагнозом, рекомендовано проведення біопсії, (враховуючи наявність типових гістологічних ознак алкоголь-індукованого ураження печінки).</p> <p>Біопсія печінки виконується з урахуванням наявності/відсутності коагулопатії з урахуванням передбачуваних факторів ризику розвитку ускладнень.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p><u>1. Збір анамнезу, при цьому оцінити:</u></p> <p>1.1. Наявність та тривалість зловживання алкоголем</p> <p>1.2. Результати скринінгових тестів CAGE, AUDIT (додатки 1, 2);</p> <p>1.3. Скарги</p> <p>1.4.. Диференційна діагностика</p> <p><u>2. Фізикальне обстеження.</u> (Див. розділ 4.2.)</p> <p><u>3. Лабораторні методи обстеження:(розділ 4.3.1)</u></p> <p>3.1. Загальний аналіз крові</p> <p>3.2. Біохімічний аналіз крові (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЛФ, білірубін та його фракції, ЛДГ, загальний білок, альбумін, гамаглобулін, креатинін);</p> <p>3.3. Коагулограма (фібриноген, протромбіновий індекс, час, МНО)</p> <p>При непідтвердженому діагнозі</p> <p>3.4. Маркери вірусних гепатитів (HbsAg, анти-HCV)</p> <p>3.5. Маркери аутоімунних гепатитів (антимітохондріальні антитіла (АМА), антинуклеарні антитіла (ANA), антитіла до гладких м'язів (SMA), антитіла до мікосом печінки та нирок (LKM1, LKM2),</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<p>антитіла до розчинного печінкового антигену (SLA); 3.6. Кров на ВІЛ 3.7. Кров на α-фетопротеїн 4. Інструментальні методи обстеження: 4.1 ЕКГ; 4.2. УЗД печінки, органів черевної порожнини. 4.3. Біопсія печінки 5. При необхідності 4.7. МРТ органів черевної порожнини 4.5. ФГДС (виключення варикозно розширених вен стравоходу). 4.6. Ректороманоскопія (виключення розширення гемороїдальних вен) 5. Направити на консультацію при необхідності до: 5.1. інфекціоніста; 5.2. невропатолога; 5.3. проктолога; 5.4. онколога ; 5.5. кардіолога.</p>
4. Лікування		
<p>При лікуванні пацієнтів з АГ необхідним є оптимальне поєднання медикаментозних та немедикаментозних засобів. Лікування АГ здійснюється амбулаторно та стаціонарно в залежності від ступеня тяжкості алкоголь-індукованого ураження печінки та стратифікації факторів ризику</p>	<p>Доведено, що повна відмова від прийому алкоголю є найбільш ваговою умовою успіху терапевтичного втручання при АГ, що дозволяє знизити темпи прогресування ураження печінки, покращити прогноз та виживаність пацієнтів. Доведена необхідність проведення прогностичних тестів з</p>	<p>Обов'язкові: 4.1. Немедикаментозне лікування 4.1.1. Дотримання режиму праці та відпочинку. 4.1.2. Повна відмова від вживання алкоголю. 4.1.3. Дотримання необхідної калорійності харчового раціону з високим вмістом білку, збалансованості за складом вітамінів та мікроелементів. 4.1.4. У випадку АГ важкого</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
<p>несприятливого прогнозу.</p>	<p>метою визначення лікарської тактики.</p>	<p>ступеня показана інтенсивна дезінтоксикаційна терапія та ентеральне харчування. (додаток 1). 3.2. Медикаментозне лікування: 3.2.1. Засоби для полегшення дотримання абстиненції; 3.2.2. Кортикостероїди; 3.2.3. Інгібітори фосфодіестерази (пентоксифілін); 3.2.4. Гепатопротектори; 3.2.5. Антиоксиданти. 3.2.6. Тяжкий ступінь АГ потребує медикаментозного лікування під контролем індексів: ДМФ, MELD, GAHS.</p>
<p>5. Виписка з рекомендаціями після госпіталізації</p>		
<p>При виписуванні пацієнту надається виписка з медичної карти стаціонарного хворого встановленої форми, яка містить інформацію про отримане лікування, особливості перебігу захворювання, рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження.</p>	<p>Виписка пацієнта планується відповідно до критеріїв: - значне зменшення або ліквідація клінічних проявів АГ та/або деструктивних змін у печінці, - усунення ускладнень АГ; - нормалізація або покращення результатів лабораторних тестів;</p>	<p>Обов'язкові: 5.1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). 5.2.. Надати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю, (див. розділ 4.2.1). 5.3..Надання рекомендацій щодо проведення обов'язкового медикаментозного лікування супутніх захворювань у відповідності до стандартів та протоколів. консультації кардіолога, хірурга (за показаннями)</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
6. Подальше спостереження		
<p>Пацієнти з АГ знаходяться на диспансерному обліку з метою контролю за дотриманням абстиненції, режиму харчування, фізичного навантаження та надання рекомендацій щодо медикаментозної корекції, яка не відрізняється від такої при гепатиті іншої етіології.</p>	<p>Прогресування АГ може призвести до розвитку фіброзу та цирозу печінки, формування ускладнень: кровотеч із варикозно-розширених вен стравоходу, спонтанного бактеріального перитоніту.</p>	<p>Проводити 1 раз на 6 місяців диспансеризацію пацієнта, яка включає</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1. збір анамнезу; 6.2. фізикальне обстеження,; 6.3. лабораторне обстеження з метою виявлення клінічних та лабораторних ознак прогресування АГ; 6.4. при необхідності – проведення додаткового обстеження та направлення до гастроентеролога; 6.5. надання рекомендації щодо здорового способу життя, необхідності абстиненції, режиму харчування та фізичних навантажень (додаток 1). <p>Бажані: Направлення в період ремісії на санаторно-курортне лікування (додаток 2).</p>

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики

АГ входить у структуру алкогольної хвороби печінки (АХП), яка об'єднує різні за морфологічною структурою та ступенем порушення функцій печінки захворювання, що розвиваються внаслідок систематичного зловживання алкоголем. АГ представляє собою тяжке ураження печінки, що може значно погіршувати короткостроковий прогноз.

«Безпечною» вважають дозу алкоголю - 21 стандартну порцію на тиждень для чоловіків та 14 стандартних доз на тиждень для жінок, перевищення якої є фактором ризику АГ.

4.1. Анамнез

У діагностиці АГ важливим є:

4.1.1. Встановлення факту тривалого зловживання алкоголем, що не завжди просто зробити на основі зібраного анамнезу. Інколи це легше виявити за допомогою скринінгу пацієнтів на зловживання алкоголем за допомогою опитувальника CAGE (Мічиганський алкогольний скринінг-тест) а для ідентифікації порушень, обумовлених вживанням алкоголю – тест AUDIT (Додатки 1, 2).

4.1.2. Скарги: немотивована стомлюваність, зниження працездатності, погіршення апетиту, нудота, погана переносимість жирної їжі, гіркота у роті, відчуття дискомфорту іноді болю у правому підребер'ї, пожовтіння шкіри та білків очей.

4.1.3. Фактори ризику розвитку алкогольного гепатиту (АГ):

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

4.2. Фізикальне обстеження

При клінічному обстеженні пацієнта слід звернути увагу на зовнішній вигляд:

- 4.2.1. колір шкіри та склер, (може бути жовтушність білків очей та шкіри);
- 4.2.2. оглянути шкіру на предмет висипань, (спостерігаються судинні зірочки на шкірі в області плечового пояса, передньої поверхні грудної клітки та черевної стінки що нагадують павучків, свербіння шкіри);
- 4.2.3. червоні долоні і/або яскраво червоний, «лакований» язик;
- 4.2.4. стан відживлення хворого;

4.2.5. тремор пальців кистей;

4.2.6 кровоточивість ясен;

4.2.7. Загрозливі симптоми, що свідчать про важку форму та пізню стадію захворювання:

- печінкова енцефалопатія,
- наявність видимих вен на передній черевній стінці «голова медузи»,
- периферичні набряки,
- асцит,

4.3. Лабораторне обстеження:

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

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

- при важкому протіканні АГ, вміст АСТ в сироватці крові підвищений до 2-6 показників норми;
- характернее співвідношення активності АСТ/АЛТ > 2 (особливо АСТ/АЛТ > 3),
- зниження рівня ГГТП (< 100), або значення співвідношення вмісту загального білірубіну/ГГТП > 1 , є прогностичним фактором летального результату протягом 1 року у пацієнтів, які страждають алкогольним цирозом печінки,

3.6. коагулограма (фібриноген; протромбіновий індекс, час; МНО)

При непідтвердженому діагнозі

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

4.3.4. маркери аутоімунних гепатитів (антимітохондріальні антитіла (АМА), антинуклеарні антитіла (ANA), антитіла до гладких м'язів (SMA), антитіла до мікосом печінки та нирок (LKM1, LKM2), антитіла до розчинного печінкового антигену (SLA));

4.3.5. кров на ВІЛ;

4.3.6. кров на α -фетопротеїн.

4.4. Інструментальні методи обстеження

Неінвазивні

4.4.1. ЕКГ;

4.4.2 .УЗД печінки та органів черевної порожнини;

4.4.3. МРТ органів черевної порожнини;

4.4.4. КТ органів черевної порожнини;

Інвазивні:

1.4.5. біопсія печінки - при відсутності протипоказань з урахуванням наявності/відсутності коагулопатії у разі тяжкої клініки АГ, у випадку неуточненого діагнозу. Гістологічні ознаки алкоголь-індукованого

ураження печінки залежать від стадії патологічного процесу: великокравельна жирова дистрофія, глобулярні запалення, перипортальний фіброз, наявність тілець Меллорі, вакуолізація ядер лейкоцитів, проліферація жовчних протоків

За гістологічними критеріями виділяють:

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

При необхідності

1.4.5. ФГДС (виключення варикозних вен стравоходу);

1.4.6. Ректороманоскопія (виключення розширення гемороїдальних вен).

4.5. Алгоритм диференційної діагностики

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

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

4.6. Консультації спеціалістів

4.6.1. інфекціоніста (при позитивних маркерах вірусних гепатитів);

4.6.2. невропатолога (неврологічний статус, виключення енцефалопатії, полінейропатії);

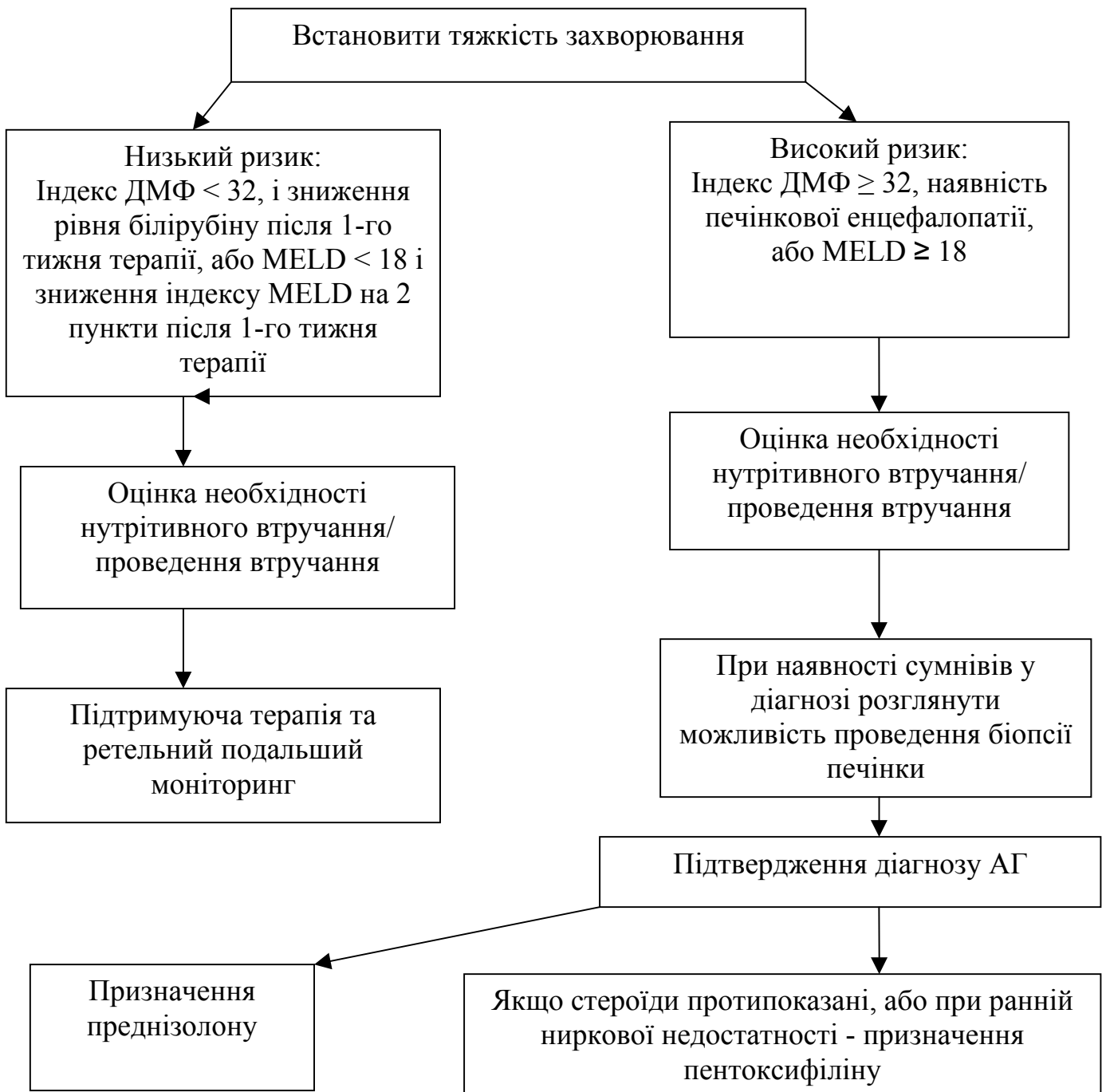
4.6.3. проктолога (при розширенні гемороїдальних вен);

4.6.4. онколога - при підозрі на злоякісний новоутвір;

4.6.5. кардіолога- при підозрі на застійну серцеву недостатність

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

(Рис.1) Терапевтичний алгоритм ведення пацієнтів з алкогольним гепатитом



Для стратифікації пацієнтів можуть бути запропоновані й інші системи:

- індекс MELD (модель діагностики термінальної стадії захворювання печінки) (табл. 2),
- Шкала Глазго для оцінки прогнозу алкогольного гепатиту (GAHS) (табл. 2).

Можливе одночасне застосування декількох індексів для уточнення прогнозу. Так, порогові значення індексів ДМФ ≥ 32 та індексу MELD > 11 є еквівалентними з однаковою чутливістю і специфічністю і свідчать про

несприятливий прогноз. Динамічне тестування та розрахунку зазначених індексів в період госпіталізації (індексів MELD і ДМФ) протягом 1-го тижня, і визначення їх зміни з часом характеризує прогноз захворювання. Зміна значення індексу MELD на ≥ 2 бали в період 1-го тижня стаціонарного лікування є незалежним прогностичним фактором госпітальної смертності. Прогностичну здатність нещодавно запропонованої шкали GAHS з методом ДМФ можна співставити.

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

Таблиця 1.

Прогностичні системи, які застосовуються у випадку алкогольного гепатиту

Назва	Початкова вибірка	Складові				Прогноз
1. Дискримінантна функція Меддрея (модифікована) (1989) (158)	n = 66	ДМФ = 4,6 x (ПВ пацієнта – ПВ контроль) + загальний білірубін в сироватці крові (мг/дл)				Несприятливий прогноз при індексі ≥ 32
2. Індекс MELD (2001)** (160)	n = 1179	Індекс MELD = $3,8 \times \log_e$ (білірубін, мг/дл) + $11,2 \times \log_e$ (МНО) + $9,6 \times \log_e$ (креатинін, мг/дл) + 6,4				Несприятливий прогноз при індексі > 18
3. Шкала Глазго для оцінки прогнозу алкогольного гепатиту (2005) (161)	n = 241	Оцінка*:				Несприятливий прогноз при індексі > 8 (розрахунок за показниками, що отримані в 1 або 7 день госпіталізації)
			1	2	3	
		Вік	< 50	≥ 50	-	
		Лейкоцити	< 15	≥ 15	-	
		Сечовина, ммоль/л	< 5	≥ 5	-	
		Протромбіновий час,	< 1,5	1,5 – 2,0	≥ 2	
		Білірубін, ммоль/л	< 7,3	7,3-14,6	>14,6	

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

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

4.7. АЛГОРИТМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ

4.7.1. Немедикаментозне лікування

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

Усім пацієнтам, які страждають алкогольним гепатитом або АХП пізньої стадії, а також дефіцитом вітамінів та мінералів необхідно визначення ступеня порушення білково-калорійної недостатності. Пацієнтам із високим ступенем недостатності та важким протіканням АГ показана інтенсивна дезинтоксикаційна терапія з подальшим проведенням ентерального харчування.

4.7.2. Медикаментозне лікування

Пацієнти, які страждають на алкогольний гепатит низького та середнього ступеня тяжкості, визначений як індекс ДМФ < 32, без печінкової енцефалопатії, у випадку зниження рівня білірубіну або індексу ДМФ протягом 1-го тижня після госпіталізації вимагають ретельного моніторингу. В залежності від стану такі пацієнти, інколи потребують специфічних медикаментозних втручань, або вони не завжди ефективні, за винятком нутритивної підтримки та абстиненції.

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

Призначення кортикостероїдів:

- при значеннях індексів ДМФ < 32, без печінкової енцефалопатії або MELD < 18 або GAMS < 8 проводять нутритивну підтримку та дотримуються абстиненції, кортикостероїди не призначають
- при значеннях індексів ДМФ \geq 32, за наявності печінкової енцефалопатії та без неї (при відсутності протипоказань) застосовують кортикостероїди: преднізолон 40 мг/добу протягом 28-ми днів, з подальшим поступовим зниженням дози преднізолону протягом 2 тижнів до повної відміни.

Призначення інгібіторів фосфодіестерази (пентоксифіліну):

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

Призначення мембрано-стабілізуючих препаратів (гепатопротекторів)

1. s-аденозилметіонін 400 мг (2 ампули 800 мг/добу) внутрішньовенно струминно 10-14 днів, потім перорально 800 мг/добу (2 таблетки) до 2-х місяців;
2. урсодеззоксихолева кислота в капсулах 250-500 мг, підрахунок дози 13 - 15мг/кг, 3 - 6 місяців;

Призначення антиоксидантів:

3. Токоферолу ацетат (вітамін Е) 400 МО по 1-2 капсули на добу (400-800 МО/добу)

4.8. ВИПИСКА З ПОДАЛЬШИМИ РЕКОМЕНДАЦІЯМИ

Виписка пацієнта планується відповідно до критеріїв:

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

При виписуванні пацієнту надається:

- виписка з медичної карти стаціонарного хворого встановленої форми (форма № 027/о), із зазначенням діагнозу та містить інформацію про отримане лікування, особливості перебігу захворювання, рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження;
- рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю;
- рекомендацій щодо проведення обов'язкового медикаментозного лікування супутніх захворювань у відповідності до стандартів та протоколів, консультації кардіолога, хірурга (за показаннями)

4.9. ПОДАЛЬШЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

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

Пацієнти, у яких розвинулися ускладнення хвороби (хронічний алкогольний гепатит, портальна гіпертензія, цироз печінки) перебувають під наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікаря терапевта дільничного, який при необхідності у разі погіршення стану скеровує на додаткові обстеження та консультацію гастроентеролога.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛКПМД (КМП)) перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛКПМД (КМП).

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

5.1.1. Кадрові ресурси

Лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар терапевт дільничний, фельдшер, медична сестра загальної практики.

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. лабораторне та інше обладнання відповідно до Табеля оснащення.

5.1.3. Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

Лікування алкогольного гепатиту проводиться лікарем гастроентерологом у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу.

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

5.2.1. Кадрові ресурси

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

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

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

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Котрикостероїди: преднізолон;
3. Інгібітори фосфодіестерази: пентоксифілін;
2. Гепатопротектори: **S-аденозилметіонін**, урсодезоксихолева кислота
4. Антиоксиданти: **токоферол**;

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря - гастроентеролога локального протоколу медичної допомоги «Алкогольний гепатит».

6.1.2. Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітнього періоду.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.А) **Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря, лікаря - гастроентеролога локального протоколу медичної допомоги «Алкогольний гепатит».**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Алкогольний гепатит» (далі – УКПМД).

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 90 %

2015 рік та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), лікарями – гастроентерологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з алкогольним гепатитом), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів - гастроентерологів (закладів охорони здоров'я, що надають

спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з алкогольним гепатитом), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів - гастроентерологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з алкогольним гепатитом), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів - гастроентерологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з алкогольним гепатитом), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з алкогольним гепатитом (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги), лікарем - гастроентерологом (закладом охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з алкогольним гепатитом).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2.А) Відсоток пацієнтів, які отримали медичну допомогу в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Алкогольний гепатит» (далі – УКПМД).

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Інформація про рекомендацію лікаря загальної практики - сімейного лікаря щодо необхідності направлення пацієнта до спеціалізованого стаціонару є недостатньою для включення такого пацієнта до чисельника індикатора. Має бути отримане підтвердження факту, що пацієнт дійсно потрапив до спеціалізованого стаціонару та пройшов там лікування.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати

індикатор: лікар загальної практики – сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора, надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), яким було встановлено стан «алкогольний гепатит», а також тих з них, для яких наведена інформація про лікування пацієнта в спеціалізованому стаціонарі впродовж звітного періоду.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги) та яким було встановлено стан «Алкогольний гепатит» протягом звітного періоду.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають на обліку у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), яким було встановлено стан «Алкогольний гепатит» впродовж звітного періоду, для яких наявні записи про лікування у спеціалізованому стаціонарі. Джерелом інформації є:

Форма первинної облікової документації № 027/о «Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 травня 2012 року за № 661/20974.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
2. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
3. Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 132 «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».
4. Наказ МОЗ України від 08.04.2014 № 252 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
5. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 № 646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».
6. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
7. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».
8. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».
9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
10. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

Довідкові дані для виявлення осіб із небезпечним і шкідливим для здоров'я характером вживання алкоголю

Російський еквівалент англomовного терміну «один дринок» - це одна мінімальна стандартна доза (порція) чистого алкоголю, вона дорівнює 10 гр. чистого алкоголю (або 12,7 мл спирту) (критерії ВООЗ)¹.

ОПИС ДОЗ (ПОРЦІЙ) ЗА ВИДАМИ АЛКОГОЛЮ (в мілілітрах) (критерії ВООЗ)¹

Вид алкоголю	1 порція (1 доза)	
Горілка, Коньяк або віскі (мл) 40 об%	30 мл	В 0,5 л горілки (40% alc.) - 16 доз (порцій)
Міцне вино (мл) 17-20 об%	75 мл	В 0,75 л вина (20% alc.) — 11,8 доз (порцій) (118 грам чистого)
Сухе вино (мл) 11-13 об%	100 мл	В 0,75 л вина (13% alc.) - 7,7 порцій
Пиво 5 об%	250 мл (1/2)	В 0,5 л пива (5% alc.) - 2 доз

Згідно даним ВООЗ, ризик шкоди для здоров'я від вживання алкоголю розподіляється на 3 рівні

Ризик	Вживання алкоголю на тиждень (порції або дози на тиждень)
Високий ризик споживання - шкідливий для здоров'я рівень споживання	Для жінок: понад 28 доз на тиждень (понад 840 мл 40 об% алкоголю на тиждень); 4 і більше доз в день. Для чоловіків: понад 42 доз на тиждень (понад 1260 мл 40 об% алкоголю на тиждень); 6 і більше доз в день.
Середній ризик споживання - небезпечний або ризикований для здоров'я рівень споживання	Для жінок : 14-21 доз на тиждень (420-630 мл 40 об% алкоголю на тиждень); не більше 3 доз в день. Для чоловіків : 22-41 доз на тиждень (660-1230 мл 40 об% алкоголю на тиждень); не більше 5 доз в день.
Низький ризик для здоров'я - рекомендований рівень споживання:	Для жінок: менше 14 доз на тиждень (менше 420 мл 40 об% алкоголю на тиждень); не більше 1-2 доз в день. Для чоловіків: менше 22 доз на тиждень (менше 630 мл 40 об% алкоголю на тиждень); не більше 3-4 доз в день.

Додаток 1
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої)
медичної допомоги «Алкогольний гепатит»

Одним із важливих моментів встановлення діагнозу АГ є підтвердження алкогольної природи функціональних порушень печінки. Кількість спожитого алкоголю є найбільш вагомим фактором ризику розвитку АХП, в тому числі і АГ. Згідно даних епідеміологічних досліджень граничної токсичності алкоголю для осіб, що не мають супутніх хронічних захворювань печінки запропоновано вважати «безпечною» дозу алкоголю - 21 стандартну порцію на тиждень для чоловіків і 14 стандартних порцій для жінок. Із урахуванням стандартної порції як еквівалент 8 г. етанолу. Діагностика АГ ґрунтується на комбінації характерних ознак, у тому числі анамнестичних відомостях про зловживання алкоголем, клінічних проявах захворювання печінки, відхилення від норми ряду лабораторних параметрів.

Скринінг пацієнтів на зловживання алкоголем може бути проведений за допомогою опитувальнику CAGE (Мічиганський алкогольний скринінг-тест) (табл. 1), а для ідентифікації порушень, обумовлених вживанням алкоголю – тест AUDIT (табл. 2).

Тест CAGE

№	Питання
1	Чи виникало у Вас відчуття того, що Вам слід скоротити вживання спиртних напоїв?
2	Чи викликало у Вас відчуття роздратування, якщо хтось з оточуючих (друзів, родичів) говорив Вам про необхідність скоротити вживання спиртних напоїв?
3	Чи відчували Ви відчуття провини, пов'язане з вживанням спиртних напоїв?
4	Чи виникало у Вас бажання взяти спиртне, як тільки Ви прокидалися після епізоду вживання алкогольних напоїв?

Оцінка: Кожна відповідь оцінюється, як 0 (ні) або 1 (так), загальна оцінка 2 бали і вище свідчить про наявність клінічно значущих проблем, обумовлених вживанням алкоголю.

Загальна діагностична чутливість і специфічність тесту CAGE за результатами мета-аналізу становить 0,71 і 0,90, відповідно при отриманні двох і більше позитивних відповідей. Тест CAGE запропоновано як метод загального скринінгу.

Додаток 2
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої)
медичної допомоги «Алкогольний гепатит»

Тест AUDIT

Запитання	0	1	2	3	4
1. Як часто Ви вживаєте алкогольні напої?	Ніколи	Раз на місяць чи менше	2 – 4 рази на місяць	2 – 3 рази на тиждень	4 та більше разів на тиждень
2. Яка Ваша звичайна доза алкогольних напоїв в день, коли ви випиваєте?	1 чи 2	3 чи 4	5 чи 6	7 - 9	10 та більше
3. Як часто ви випиваєте 5 або більше порцій на день, коли ви випиваєте?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячн о	Щотижн ево	Щоденно чи майже щоденно
4. Як часто за останній рік Ви розуміли, що не здатні зупинитися, почавши пити?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячн о	Щотижн ево	Щоденно чи майже щоденно
5. Як часто за останній рік Ви через вживання алкоголю не зробили те, що від Вас очікували?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячн о	Щотижн ево	Щоденно чи майже щоденно
6. Як часто за останній рік Вам необхідно було випити вранці, щоб прийти в себе після попереднього вживання алкоголю (похмелитися)?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячн о	Щотижн ево	Щоденно чи майже щоденно
7. Як часто за останній рік у Вас було почуття провини і каяття після випивки?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячн о	Щотижн ево	Щоденно чи майже щоденно
8. Як часто за останній рік Ви були не здатні пригадати, що було напередодні, через те, що Ви випивали?	Ніколи	Менше ніж раз на місяць	Щомісячн о	Щотижн ево	Щоденно чи майже щоденно
9. Були коли-небудь Ваші випивки причиною тілесних ушкоджень у Вас або інших людей?	Ні		Так, але не протягом минулого року		Так, протягом минулого року
10. Чи траплялося, що Ваш родич, знайомий, доктор, або інший медичний працівник виявляв занепокоєння з приводу Вашого вживання алкоголю або пропонував припинити випивати?	Ні		Так, але не протягом минулого року		Так, протягом минулого року

Психометричний тест AUDIT (табл. 2) розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

Для визначення загальної оцінки тесту AUDIT слід скласти оцінки, отримані по кожному з 10 запитань. Оцінка ≥ 8 для чоловіків віком до 60 років, або ≥ 4 для жінок, підлітків або чоловіків старше 60 років свідчить про позитивний результат скринінгу.

Тест- AUDIT характеризується високою чутливістю 51-97 % та високою специфічністю 78-96 %.

