

Приложение 6
к Клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

Таблица 1

Оценка статуса питания по индексу массы тела

Индекс массы тела (далее –ИМТ)	Оценка статуса питания
18,5 – 24,9	норма
17,0 – 18,4	недостаточность питания легкой степени
16,0 – 16,90	недостаточность питания средней степени
менее 16	недостаточность питания тяжелой степени
25,0 – 29,9	избыточная масса тела
30,0 – 34,9	ожирение 1 степени
35,0 – 39,9	ожирение 2 степени
40,0 и более	ожирение 3 степени

Таблица 2

Критерии высокого нутритивного риска (рекомендации Европейского общества клинического питания и метаболизма)

Высокий нутритивный риск определяется при наличии одного или нескольких следующих критериев:	
1.	Потеря веса более 10-15% за 6 месяцев
2.	ИМТ<18,5 кг/м ²
3.	Балл по шкале скрининга нутритивного риска (Nutritional Risk Screening, далее – NSR)≥3
4.	Сывороточный альбумин <30 г/л (при отсутствии дисфункции печени или почек)

Шкала NSR (Nutritional Risk Screening)

Начальный этап оценки – выбор пациентов, которым требуется скрининг по шкале NSR:	
1.	ИМТ < 20,5 кг/м ² ?
2.	Похудел ли пациент за последние 3 мес?
3.	Снизилось ли употребление пищи за последнюю неделю?
4.	Находится ли пациент в тяжелом состоянии (нуждается в интенсивной терапии)?
При положительном ответе на один или несколько вопросов осуществляется скрининг по шкале NSR, который включает:	
1) оценку наличия недостаточности питания:	
Нет, 0 баллов	Нормальный СП
Легкая, 1 балл	Потеря веса > 5% за 3 месяца или употребление пищи < 50-75% от нормы за последнюю неделю.
Умеренная, 2 балла	Потеря веса > 5% за 2 месяца или ИМТ 18,5-20,5 кг/м ² + нарушенное общее состояние, или употребление пищи 25-50% от нормы за последнюю неделю.
Тяжелая, 3 балла	Потеря веса > 5% за 1 месяц (15% за 3 месяца) или ИМТ < 18,5 кг/м ² + нарушенное общее состояние, или употребление пищи < 25% от нормы за последнюю неделю.
2) оценку тяжести заболевания:	
Нет, 0 баллов	Нормальные потребности в питании
Легкая, 1 балл	Перелом бедра, хронические заболевания: цирроз печени, ХОБЛ, хронический гемодиализ, сахарный диабет, онкологические заболевания.
Умеренная, 2 балла	Большие абдоминальные операции, острое нарушение мозгового кровообращения, тяжелая пневмония, гематологические злокачественные опухоли.
Тяжелая, 3 балла	Травмы головы, трансплантация костного мозга, цирроз печени с тяжелой инфекцией, пациенты отделений интенсивной терапии (балл по шкале APACHE II > 10)
3) определение общего балла:	
Общий балл = балл недостаточности питания + балл тяжести заболевания + 1 балл (если возраст пациента > 70 лет)	

Клиническая диагностика саркопении

Показатель	Значение, при котором диагностируется саркопения	Примечание
1. Оценка мышечной массы:		
Антропометрия:		
скорректированная площадь мышц плеча	$\leq 21,4 \text{ см}^2$ для мужчин, $\leq 21,6 \text{ см}^2$ для женщин	Определяется по формуле: $[(\text{ОП}-3,142 \times \text{ТКЖСТ})^2 / 12,57] - i$ где: ОП – окружность плеча, см; ТКЖСТ – толщина кожно-жировой складки над трицепсом, мм; $i=10$ для мужчин, $i=6,5$ для женщин
Биоимпедансный анализ:		
индекс безжировой массы (FFMI) индекс скелетной мускулатуры (SMI)	$\leq 17 \text{ кг/м}^2$ для мужчин, $\leq 15 \text{ кг/м}^2$ для женщин $< 8,87 \text{ кг/м}^2$ для мужчин, $< 6,42 \text{ кг/м}^2$ для женщин	
Компьютерная томография (далее – КТ):		
Индекс скелетной мускулатуры	$< 55 \text{ см/м}^2$ для мужчин, $< 39 \text{ см/м}^2$ для женщин	Определяется на уровне L3. Используется только, если КТ проводится по другим показаниям.
Двойная энергетическая рентгеновская абсорбциометрия:		
Аппендикулярный индекс скелетной мускулатуры	$< 7,26 \text{ кг/м}^2$ для мужчин, $< 4,45 \text{ кг/м}^2$ для женщин	
2. Оценка мышечной силы:		
Ручная динамометрия:		
Сила сжатия, стандартизованная по ИМТ	Мужчины: $\leq 29 \text{ кг}$ при $\text{ИМТ} \leq 24 \text{ кг/м}^2$, $\leq 30 \text{ кг}$ при $\text{ИМТ} 24,1 - 28 \text{ кг/м}^2$, $\leq 32 \text{ кг}$ при $\text{ИМТ} > 28 \text{ кг/м}^2$. Женщины:	

Показатель	Значение, при котором диагностируется саркопения	Примечание
	≤ 17 кг при ИМТ ≤ 23 кг/м ² , $\leq 17,3$ кг при ИМТ 23,1 – 26 кг/м ² , ≤ 18 кг при ИМТ 26,1 – 29 кг/м ² , ≤ 21 кг при ИМТ > 29 кг/м ² .	
3. Оценка физических возможностей:		
Вставание и ходьба на время	Время, которое требуется, чтобы встать со стула, пройти 3 метра, развернуться, вернуться обратно к стулу и сесть, составляет > 10 с	
4. Использование опросника SARC-F		
Компонент	Вопрос	Оценка
Сила	Насколько выраженные затруднения вы испытываете, чтобы поднять и нести вес 4,5 кг?	Никаких=0 Некоторые=1 Выраженные или не в состоянии=2
Помощь при ходьбе	Насколько выраженные затруднения вы испытываете при ходьбе по комнате?	Никаких=0 Некоторые=1 Выраженные, нуждаюсь в помощи или не в состоянии=2
Вставание со стула	Насколько выраженные затруднения вы испытываете при со стула или кровати?	Никаких=0 Некоторые=1 Выраженные или не в состоянии без посторонней помощи=2
Подъем по лестнице	Насколько выраженные затруднения вы испытываете при подъеме на пролет из 10 ступеней?	Никаких=0 Некоторые=1 Выраженные или не в состоянии=2
Падения	Сколько раз за последний год вы падали?	Ни разу=0 1-3 раза=1 4 или более раз=2
Сумма баллов ≥ 4 является предиктором саркопии и плохого прогноза		

Таблица 5

Клиническая оценка степени тяжести заболевания

Оценка частоты симптомов:
– редкие: 2 раза в неделю и реже;
– средней частоты: три и более раз в неделю, но не каждый день;
– частые: ежедневно.
Оценка степени тяжести проявлений:
– легкая (проявления могут игнорироваться, не влияют на обычный ритм и работоспособность);
– средняя (проявления не могут игнорироваться и влияют на повседневный ритм и активность пациента);
– тяжелая (проявления заболевания сильно изменяют повседневный, обычный распорядок дня и активность пациента);
– очень тяжелая (пациент нуждается в отдыхе, лекарственных средствах и наблюдении).

Таблица 6

Оценка степени обезвоживания при диарее

Что оценивается	Степень нарушения		
Общее состояние	Хорошее, активное	Беспокойное, раздражительное	Заторможенное или без сознания
Глаза	В норме	Запавшие	Запавшие
Жажда	Нет, пьет обычно.	Жажда, жадно пьет.	Пьет плохо или не может пить.
Кожная складка	Расправляется быстро.	Расправляется медленно.	Расправляется очень медленно.
Потеря массы тела	<5%	5-10%	>10%
Степень обезвоживания	Нет.	Умеренное.	Тяжелое.

Профилактика дегидратации при диарее (ВОЗ, 2006)

Обильное питье (взрослый может пить, сколько хочется, ребенок – 100 мл после каждого жидкого стула):	
можно пить:	нельзя пить:
<ul style="list-style-type: none"> – раствор пероральной регидратационной соли (далее – ПРС); – рисовый отвар с солью или без; – йогуртовый напиток; – овощной или куриный суп; – раствор: соль 3 г/л (полная чайная ложка без верха) + сахар 18 г/л; – питьевая вода; – некрепкий чай без сахара; – свежеприготовленный фруктовый сок без сахара. 	<ul style="list-style-type: none"> – газированные прохладительные напитки; – коммерческие фруктовые соки; – подслащенный чай; – кофе; – лечебные чаи или инфузионные растворы, обладающие стимулирующим, мочегонным или слабительным действием.

Таблица 8

Регидратационная терапия (лечение обезвоживания) (ВОЗ, 2006)

Степень обезвоживания	Терапия
Умеренно обезвоживание	<p>Пероральная регидратационная терапия с использованием раствора ПРС:</p> <ul style="list-style-type: none"> – прекратить прием пищи на 4 часа; – количество ПРС в первые 4 часа: 2200-4000 мл или (масса тела, кг×75); – переоценка признаков обезвоживания через 4 часа; – при умеренном обезвоживании – продолжать прием ПРС, возобновить прием пищи; – при тяжелом обезвоживании – внутривенная регидратационная терапия.
Тяжелое обезвоживание	<p>Внутривенная регидратационная терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> – предпочтительно использовать раствор Рингера; могут использоваться 0,9% раствор натрия хлорида, другие солевые растворы (раствор глюкозы не применяется!);

Степень обезвоживания	Терапия
	<ul style="list-style-type: none"> – количество вводимого в/в раствора в первые 30 мин: 30 мл/кг; – количество вводимого в/в раствора в последующие 2,5 часа: 70 мл/кг; – переоценка признаков обезвоживания каждые 1-2 часа; при отсутствии улучшения – увеличение скорости инфузии; – пероральный прием раствора ПРС (5 мл/кг/час).

Таблица 9

Состав раствора ПРС с низкой осмолярностью
(ВОЗ, 2006)

Компонент	Молярная концентрация	Количество
Натрий	75 ммоль/л	натрия хлорид–2,6 г/л
Хлорид	65 ммоль/л	
Калий	20 ммоль/л	калия хлорид – 1,5 г/л
Цитрат	10 ммоль/л	2,9 г/л
Глюкоза	75 ммоль/л	13,5 г/л
Осмолярность	245 моль/л	

Таблица 10

«Симптомы тревоги»

Определение:	«симптомы тревоги» – это признаки, свидетельствующие о высокой вероятности наличия органической патологии
Признаки, относящиеся к «симптомам тревоги»:	<ul style="list-style-type: none"> – немотивированное похудание; – лихорадка; – повторная рвота; – дисфагия; – примесь крови в кале или положительный тест на скрытую кровь в кале; – рвота «кофейной гущей»; – черный дегтеобразный кал; – пальпируемое образование в животе;

	<ul style="list-style-type: none"> – лимфаденопатия; – анемия; – повышение СОЭ; – гепатомегалия; – начало симптомов в возрасте старше 50 лет; – рак толстой кишки у родственников; – рак желудка у родственников; – появление симптомов в ночное время (ночная диарея, ночные боли); – короткий анамнез (<6-12 мес).
--	--

Таблица 11

Стандартные дозы ингибиторов протонного насоса

Ингибитор протонного насоса (далее – ИПП):	Стандартная доза:
омепразол	20 мг
лансопразол	30 мг
пантопразол	40 мг
рабепразол	20 мг
эзомепразол	20 (40) мг

Таблица 12

Терапевтический тест с ингибитором протонного насоса

Показания:	<ul style="list-style-type: none"> – наличие атипичных пищеводных или внепищеводных симптомов, подозрительных на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (далее – ГЭРБ); – необходимость подтверждения связи симптомов с гастроэзофагельным рефлюксом.
Методика:	<ul style="list-style-type: none"> – до начала теста регистрируются частота и тяжесть симптомов; – прием ИПП в высокой дозе (двойная доза утром и стандартная доза вечером) в течение 7-14 дней, продолжается регистрация частоты и тяжести симптомов.
Оценка:	– положительный тест – уменьшение симптомов на 50% и

	более или исчезновение; – отрицательный тест – нет существенных изменений симптомов.
Интерпретация:	– положительный тест подтверждает диагноз ГЭРБ; – отрицательный тест свидетельствует против него..

Таблица 13

Оценка морфологических изменений слизистой оболочки желудка
(Хьюстонское усовершенствование Сиднейской системы
классификации хронического гастрита)

Методика забора биоптатов:	два фрагмента из антрального отдела желудка в 2 см от привратника (по большой и малой кривизне), два фрагмента из тела желудка (по большой и малой кривизне), примерно в 8 см от кардии.
Оценка топографии гастрита:	– антральный; – фундальный; – пангастрит.
Оценка морфологических изменений слизистой оболочки желудка	– 0 – нет; – 1+ – незначительное проявление признака; – 2+ – умеренное; – 3+ – выраженное. (оценка выполняется по 4-уровневой визуально-аналоговой шкале, представленной на рисунке)
Оцениваемые изменения:	– активность: по полиморфноядерной, в основном нейтрофильной, инфильтрации; – выраженность хронического воспаления: по мононуклеарной, преимущественно лимфоцитарной, инфильтрации; – атрофия: по уменьшению числа специализированных glanduloцитов; – кишечная метаплазия: по наличию интестинальных клеток; – обсеменение <i>H. pylori</i> : по количеству микробных тел при увеличении $\times 360$ (1+ – до 20 микробных тел в поле зрения; 2+ – до 50; 3+ – более 50 микробных тел в поле зрения).

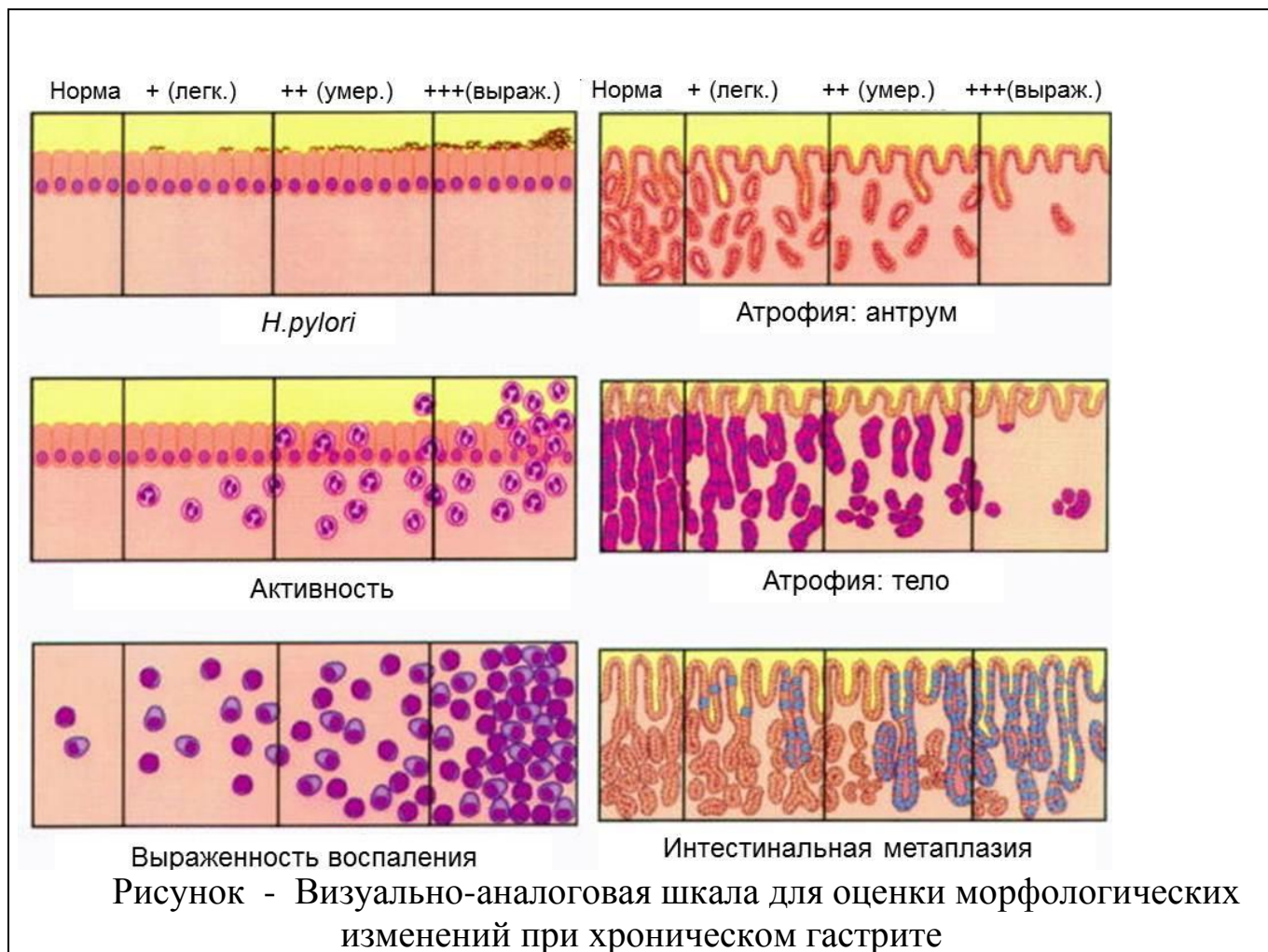


Таблица 14

Классификация гастродуоденальных кровотечений ПО FORREST

FI – активное кровотечение:

- I a – пульсирующая струя;
- I b – медленное подтекание.

FII – признаки недавнего кровотечения:

- II a – видимый (некровоточащий) сосуд;
- II b – фиксированный тромб-сгусток;
- II c – плоское черное пятно (гематин) на дне язвы.

F III – язва с чистым (белым) дном.

Таблица 15

Группы риска развития колоректального рака

Группа риска	Признак:
Средний риск	– возраст 50 лет и более, отсутствие нижеперечисленных признаков;
Умеренный риск	<ul style="list-style-type: none"> – одиночный небольшой (менее 1 см) аденоматозный полип – после удаления относится к группе среднего риска; – одиночный большой (1 см и более) аденоматозный полип или множественные аденоматозные полипы; – колоректальный рак (далее – КРР) в анамнезе; – КРР у родственника первой степени родства в возрасте до 60 лет или у двух и более родственников первой степени родства в любом возрасте;
Высокий риск	<ul style="list-style-type: none"> – хроническое воспалительное заболеваний кишечника (язвенный колит или болезнь Крона); – семейный аденоматозный полипоз; – наследственный неполипозный КРР.

Таблица 16

Шкала Мейо для оценки активности язвенного колита

Признак	Балл
Частота дефекаций:	
– нормальное количество дефекаций для данного пациента;	0
– на 1-2 дефекации больше нормы;	1
– на 3-4 дефекации больше нормы;	2
– на 5 и более дефекаций больше нормы.	3
Ректальное кровотечение:	
– видимые следы крови отсутствуют;	0
– менее, чем в половине случаев наблюдаются прожилки крови в кале;	1
– в большинстве случаев в кале присутствует кровь;	2
– выделяется только кровь.	3
Эндоскопические данные:	
– норма;	0

Признак	Балл
– минимальная активность (эритема, обеднение сосудистого рисунка, минимальная ранимость);	1
– умеренная активность (выраженная эритема, отсутствие сосудистого рисунка, контактная кровоточивость (ранимость), эрозии;	2
– выраженная активность (спонтанная кровоточивость, язвы).	3
Общая оценка врача:	
– норма;	0
– легкое заболевание;	1
– заболевание средней тяжести;	2
– тяжелое заболевание.	3
Итоговая оценка (от 0 до 12)	
– Оценка:	
– <2 – ремиссия	– 6-9 – средняя активность
– 2-5 – легкая активность	– 10-12 – высокая активность

Таблица 17

Индекс Харвей-Брэдшоу для оценки активности болезни Крона

1. Общее самочувствие (за вчерашний день):	(0) хорошее; (1) слегка нарушено; (2) плохое; (3) очень плохое; (4) ужасное.
2. Абдоминальная боль (за вчерашний день):	(0) нет; (1) легкая; (2) умеренная; (3) тяжелая.
3. Количество дефекаций неоформленным стулом (за вчерашний день)
4. Абдоминальная масса:	(0) нет; (1) сомнительная; (2) определенная; (3) определенная и болезненная;
5. Осложнения:	(0) нет; (1) артралгия; (1) увеит;

		(1) узловая эритема; (1) афтозные язвы; (1) гангренозная пиодермия; (1) анальная трещина; (1) новая фистула; (1) абсцесс.
Сумма по всем пунктам:	
оценка:	<ul style="list-style-type: none"> – <5 –ремиссия; – 5-7– легкая активность; – 8-16– средняя активность; – >16– высокая активность. 	

Таблица 18

Индекс активности болезни Крона (далее - ИАБК) по Бесту

Признак	Балл	Множитель
Количество дефекаций неоформленным стулом за неделю (сумма дефекаций за 7 дней):	...	×2
Абдоминальная боль (сумма баллов за 7 дней):	(0) нет; (1) легкая; (2) умеренная; (3) тяжелая.	×5
Общее самочувствие (сумма баллов за 7 дней):	(0) хорошее; (1) слегка нарушено; (2) плохое; (3) очень плохое; (4) ужасное.	×7
Осложнения (сумма баллов за все имеющиеся осложнения):	(0) нет; (20) артралгия; (20) увеит или ирит; (20) узловая эритема, афтозный стоматит или гангренозная пиодермия; (20) анальная трещина, фистула или абсцесс;	

Признак	Балл	Множитель
	(20) фистула другой локализации; (20) температура >37,5 в последнюю неделю.	
Прием лоперамида или опиатов по поводу диареи:	(0) нет; (1) да.	×30
Абдоминальная масса:	(0) нет; (2) сомнительная; (5) определенная.	×10
Гематокрит <0,47 у мужчин или <0,42 у женщин:	(0) нет; (1) да.	×6
Масса тела – процент снижения массы тела по отношению к должной массе тела:	...	×1
Сумма по всем пунктам:	
оценка:	– <150 – ремиссия; – 150-220 – легкая активность; – 220-450 – средняя активность; >450 – высокая активность.	

Таблица 19

Содержание этанола в алкогольных напитках

1 стандартная доза = 10 г этанола = 12,7 мл этанола		
Напиток	1 порция	Количество стандартных доз
Пиво	500 мл (1 бутылка), 5% об.	2
Сухое вино	150 мл (1 бокал), 12% об.	1,4
Крепленое вино	150 мл (1 бокал), 18% об.	2,1
Водка	40 мл (1 рюмка), 40% об.	1,3

Таблица 20

Соотношение между стандартными дозами этанола и количеством потребляемых алкогольных напитков

Стандартная доза	Водка (мл), 40 об%	Крепленое вино (мл), 17-20 об%	Сухое вино (мл), 11-13 об%	Пиво (бутылок), 5 об%
1 - 2	30-60	75-150	100-200	0,5 - 1
3 - 4	90-120	225-300	300-400	1,5 - 2
5 - 6	150-180	375-450	500-600	2,5 - 3
7 - 8	210-240	525-600	750-850	3,5 - 4
10 и более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 и более

Таблица 21

Режимы потребления алкоголя

Режим	Характеристика
Режим «низкого риска»:	не более 2 стандартных доз для мужчин и 1 стандартной дозы для женщин в сутки при условии наличия 2 дней в неделю без алкоголя.
Опасная доза:	более 4 стандартных доз в сутки для мужчин, более 2 стандартных доз в сутки для женщин.

Таблица 22

Опросники для выявления пристрастия к алкоголю

<p>Опросник CAGE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Чувствовали ли Вы когда-нибудь необходимость сократить употребление спиртных напитков? 2. Раздражает ли Вас, когда окружающие критикуют употребление Вами алкоголя? 3. Ощущаете ли Вы чувство вины после приема алкоголя? 4. Употребляете ли Вы алкоголь по утрам для устранения похмелья? <p>Оценка: 2 и более положительных ответов свидетельствуют о пристрастии к алкоголю (специфичность 93%, чувствительность 76% (M.W. Bernadt, 1982)).</p>
--

Быстрый Алкогольный Скрининговый Тест (БАсАТ) (ВОЗ, 2001).

Тест включает 3, 5, 8 и 10 пункты опросника AUDIT.

Обведите номер, наиболее близкий к ответу пациента.

1. Для мужчин: Как часто Вы употребляете 8 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки?

(8 стандартных доз=240 мл 40 об% водки =600 мл 17-20 об% крепленого вина= 800 мл 11-13 об% сухого вина= 4 бутылки 5 об% пива).

Для женщин: Как часто Вы употребляете 6 или более стандартных доз алкогольных напитков в день выпивки?

(6 стандартных доз=180 мл 40 об% водки =450 мл 17-20 об% крепленого вина= 600 мл 11-13 об% сухого вина= 3 бутылки 5 об% пива).

- (0) никогда
- (1) 1 раз в месяц или реже
- (2) 2-4 раза в месяц
- (3) 2-3 раза в неделю
- (4) 4 и более раз в неделю

2. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

- (0) никогда
- (1) менее, чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

3. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

- (0) никогда
- (1) менее, чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

4. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор, или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

- (0) никогда
- (2) да, но это было более чем год назад
- (4) да, в течение этого года.

Оценка: На 1-ой стадии оценивается только первый вопрос. Если ответ

«никогда», то пациент не злоупотребляет алкоголем. Если ответ «еженедельно» или «почти ежедневно», то пациент употребляет алкоголь с вредными последствиями или зависим. Примерно 50% людей можно оценить, используя только 1-й вопрос. Если ответ «менее, чем 1 раз в месяц» или «ежемесячно», то необходимо задавать следующие вопросы. На 1-ой стадии, если ответ «менее чем 1 раз в месяц» или «ежемесячно», 2-4 вопроса оцениваются от 0 до 4 баллов. Максимальное количество – 16 баллов. Пациент оценивается, как злоупотребляющий алкоголем, если число баллов 3 и более.

Тест связывания чисел

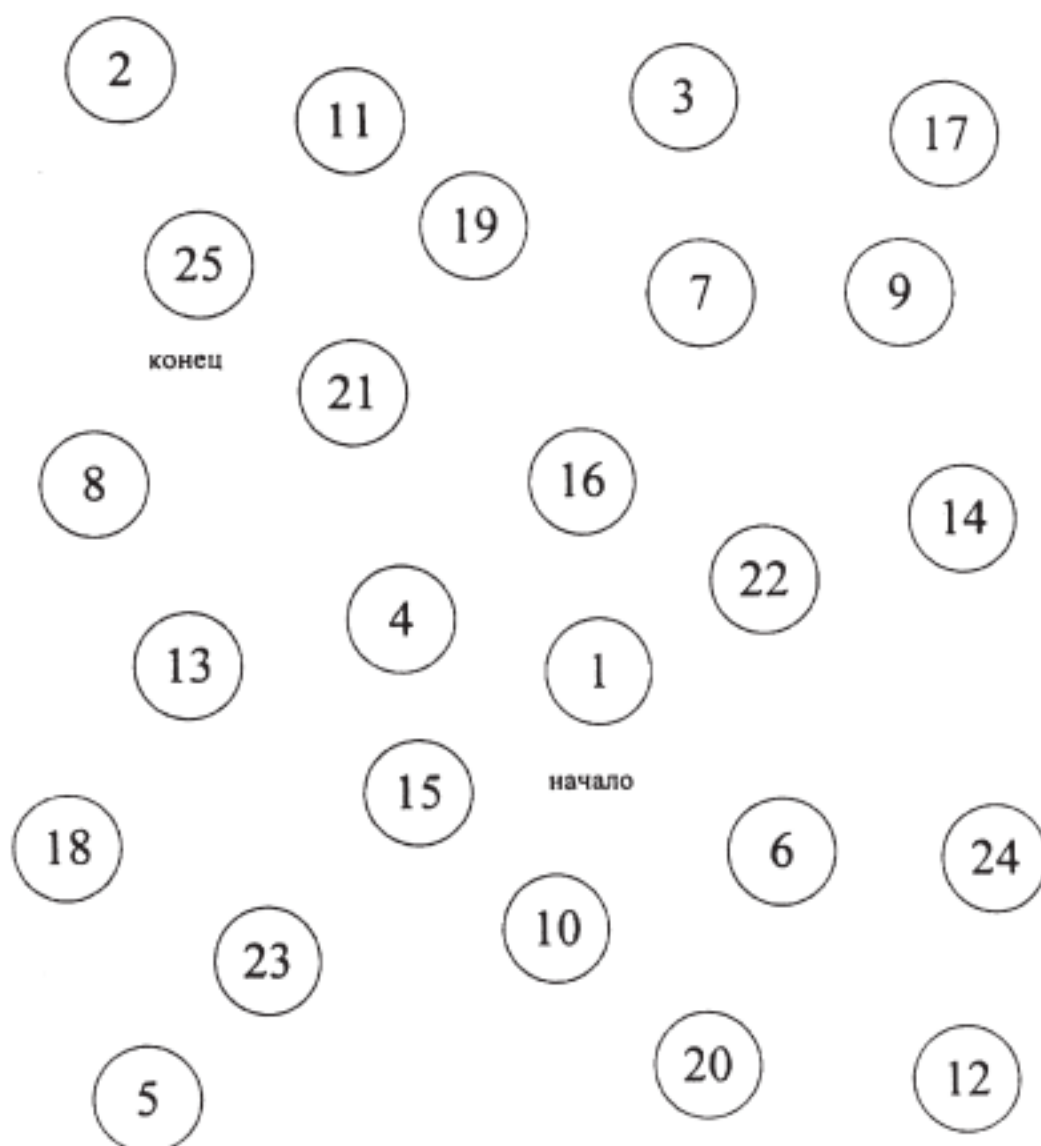
Оценка: время выполнения теста более 30 сек свидетельствует о наличии энцефалопатии

Вариант 1

Тест связывания чисел

Ф.И.О. _____

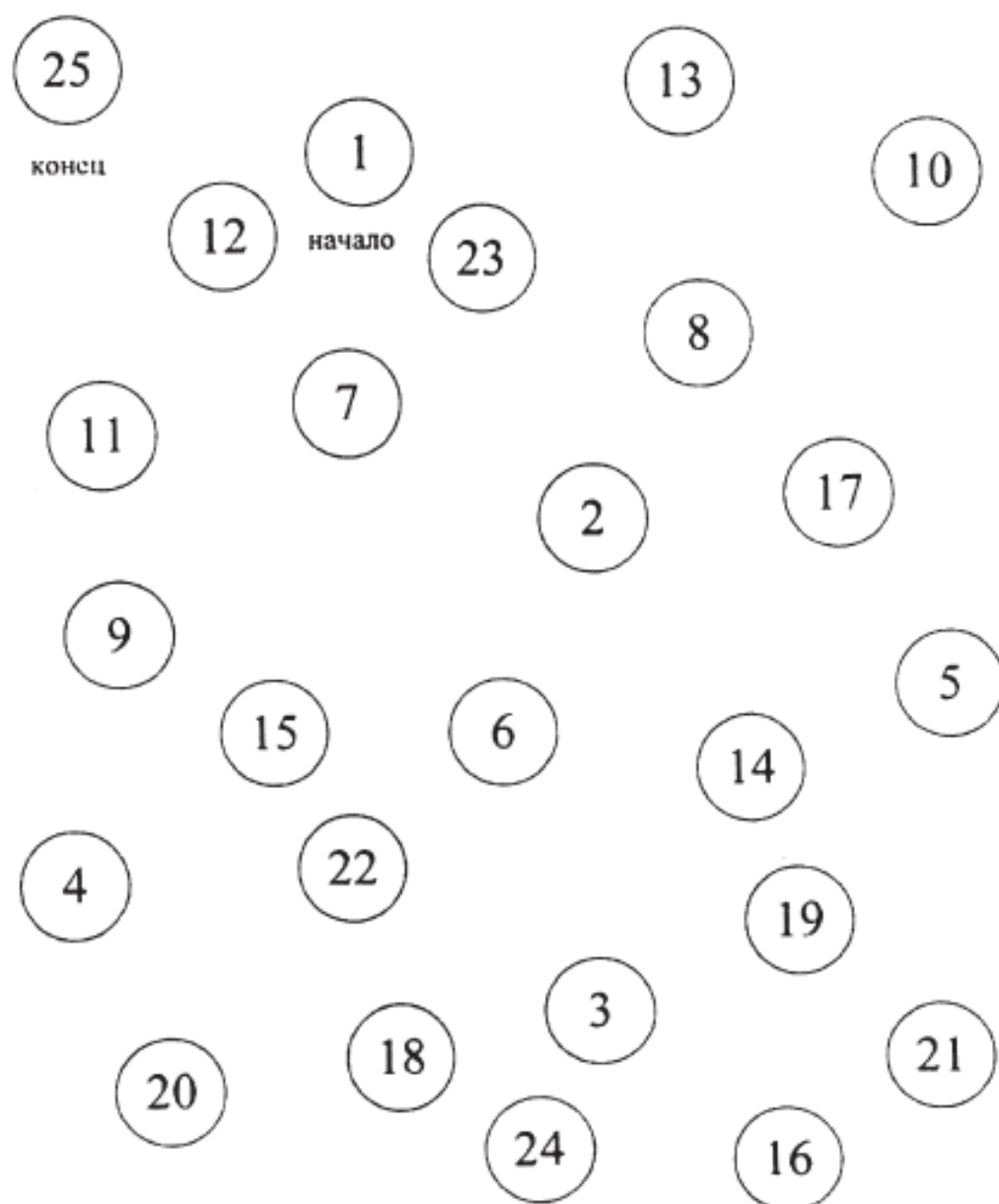
Дата _____ Время выполнения теста (с) _____

Образец почерка (имя, отчество)

Вариант 2**Тест связывания чисел**

Ф.И.О. _____

Дата _____ Время выполнения теста (с) _____

Образец почерка (имя, отчество)

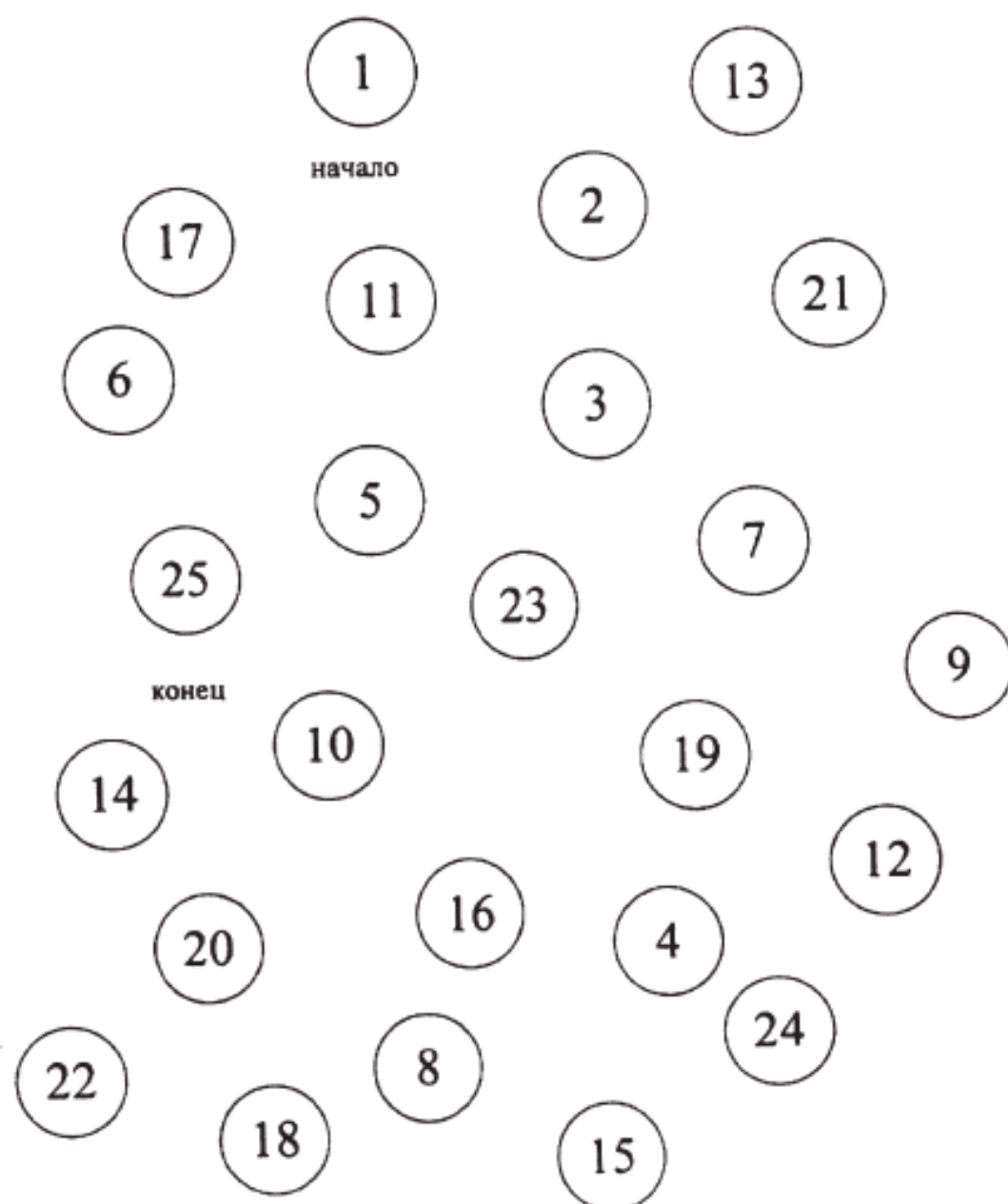
Вариант 3

Тест связывания чисел

Ф.И.О. _____

Дата _____ Время выполнения теста (с) _____

Образец почерка (имя, отчество)



Основные предиктивные индексы при болезнях печени

Индекс	Формула расчета	Применение и интерпретация	
MELD (Model for End-Stage Liver Disease)	MELD = 10 {0.957 Ln(креатинин сыворотки) + 0.378 Ln(общий билирубин) + 1.12 Ln(МНО) + 0.643}, где МНО – международное нормализованное отношение; Ln – натуральный логарифм, креатинин сыворотки – в мг/дл, билирубин – в мг/дл.	Для оценки тяжести хронических заболеваний печени и определения показаний к трансплантации печени. Оценка прогноза:	
		MELD	3-мес. смертность
		≥40	71,3%
		30–39	52,6%
		20–20	19,6%
		10–19	6,0%
		≤0	1,9%
Индекс Меддрей (дискриминантная функция Меддрей)	Индекс Меддрей = 4.6 × (ПТВ пациента – ПТВ контроля) + билирубин (мкмоль/л) / 17,1, где ПТВ – протромбиновое время.	Для прогнозирования течения алкогольного гепатита и определения показаний к назначению кортикостероидов: индекс Меддрей≥32 – вероятность летального исхода в течение месяца составляет 50%, показано назначение кортикостероидов.	
Модель Lille	Модель Lille = 3,19 – 0,101 × (возраст) + 0,147 × (альбумин в день 0, г/л) + 0,0165 × (изменение билирубина за 7 дней, мкмоль/л) – 0.206 × (креатинин, мкмоль/л) – 0,0065 × (билирубин в день 0, мкмоль/л) – 0,0096 × (ПТВ, сек).	Для прогнозирования течения и оценки ответа на кортикостероиды при алкоогольном гепатите: если значение Lille model через 7 дней лечения кортикостероидами >0,45, они неэффективны и 6-месячная выживаемость составляет 25%, при значениях <0,45 терапию кортикостероидами следует продолжить, 6-месячная	

Индекс	Формула расчета	Применение и интерпретация			
		выживаемость – 85%.			
Шкала алкогольного гепатита GLASGOW	Возраст: – <50 (1 балл); – ≥50 (2 балла); Лейкоциты ($\times 10^9$): – <15 (1 балл); – ≥15 (2 балла); Мочевина (ммоль/л): – <5 (1 балл); – ≥5 (2 балла); – ПТИ: – <1,5 (1 балл); – 1,5 – 2,0 (2 балла) – ≥2 (3 балла); Билирубин (мкмоль/л): – <125 (1 балл); – 125 – 250 (2 балла) – >250 (3 балла)	Для оценки тяжести и прогнозирования течения алкогольного гепатита. Оценка в день 1: ≥9 баллов – 28-дневная смертность 54%, 84-дневная – 60% Оценка в день 6: ≥9 баллов – 28-дневная смертность 53%, 84-дневная – 63%			
Прогностический индекс болезни Вильсона-Коновалова, проявляющейся острой печеночной недостаточностью, модифицированный А. Dhawan и соавт. (2005)	Сумма баллов, определяемых в соответствии с таблицей, приведенной ниже:		Для прогнозирования течения острой печеночной недостаточности и определения показаний к трансплантации печени: индекс ≥ 11 – высокая вероятность смертельных исходов без трансплантации печени.		
	Тесты	1	2	3	4
	Билирубин, мкмоль/л	100-150	151-200	201-300	>300
	АсАТ, Е/Л	100-150	151-300	301-400	>400
	МНО	1,3-1,6	1,7-1,9	2,0-2,4	>2,4
	Лейкоциты, 10^9 /л	6,8-8,3	8,4-10,3	10,4-15,3	<15,3
	Альбумин, г/л	34-44	25-33	21-24	<21

Таблица 25

Индекс ANI (Alcoholic/Non-Alcoholic Index)

Формула расчета	Применение и интерпретация
<p>для женщин: $ANI = -58,50 + 0,637 \times (MCV) + 3,91 \times (AST/ALT) - 0,406 \times (ИМТ);$ для мужчин: $ANI = -58,50 + 0,637 \times MCV) + 3,91 \times (AST/ALT) - 0,406 \times (ИМТ) + 6,35.$</p>	<p>Используется для дифференциальной диагностики алкогольной болезни печени и неалкогольной жировой болезни печени: $ANI > 0$ – в пользу алкогольной болезни печени; $ANI < 0$ – в пользу неалкогольного поражения печени. Чувствительность 85-96%, специфичность 67-100%.</p>

Таблица 26

Рефрактерный асцит

Вид асцита	Характеристика
Рефрактерный:	более одной недели приема диуретиков в максимальных дозах (400 мг/сут спиронолактона и 160 мг/сут фуросемида) в сочетании с ограничением натрия до 2 г/сут (соли – до 5 г/сут).
Рефрактерный диуретик-резистентный:	не отвечает на ограничение натрия и диуретики (снижение массы тела менее 800 г в течение 4 дней), не контролируется и рано рецидивирует (в течение 4 недель после парацентеза - рецидивирование асцита до 2 или 3 ст).
Рефрактерный диуретик-неподатливый:	достаточные дозы диуретиков не могут быть назначены из-за развития осложнений, асцит не контролируется и быстро рецидивирует.

Диагностика аутоиммунного гепатита:
система балльной оценки Международной группы по аутоиммунному
гепатиту

Параметры	Баллы
I. Модифицированная балльная система Международной группы по аутоиммунному гепатиту	
1. Женский пол.	+2
2. Отношение щелочной фосфатазы (далее – ЩФ) к аспартатаминотрансферазе (далее – АсАТ) или аланинаминотрансферазе (далее – АлАТ): <1,5 1,5-3,0 >3,0	+2 0 -2
3. Уровень общих глобулинов, гамма-глобулинов или иммуноглобулина G (далее – IgG), превышающий нормальные показатели: >2,0 1,5-2,0 1,0-1,5 <1,0	+3 +2 +1 0
4. Аутоантитела (ANA, SMA или LKM-1): >1 : 80 1: 80 1 : 40 < 1 : 40	+3 +2 +1 0
5. Вирусные маркеры (проводятся тесты на маркеры гепатитов А, В и С; при необходимости проводятся тесты на маркеры других гепатитов – цитомегаловирусной инфекции и инфекции Эпштейн-Барра): положительные отрицательные	-3 +3
6. Лекарственный анамнез (недавнее использование потенциально гепатотоксичных лекарственных средств): да нет	-4 +1
7. Употребление алкоголя (в среднем): низкое: <25 г/сут высокое: >60 г/сут	+2 -2
8. Наличие других аутоиммунных заболеваний у	+2

Параметры	Баллы
пациента или его родственника первой степени родства	
9. Гистологическая картина:	
пограничный гепатит	+3
лимфоплазмочитарные инфильтраты	+1
розетковидный паттерн регенерации гепатоцитов	+1
отсутствие вышеперечисленных признаков	-5
билиарные изменения (билиарный паттерн поражения)	-3
другие изменения	-3
10. Дополнительные показатели у пациентов, серонегативных по ANA, SMA или LKM-1:	
серопозитивность по другим аутоантителам (pANCA, anti-LC1, anti-SLA/LP, ASGPR).	+2
HLA DR3 или DR4	+1
11. Ответ на лечение:	
полный эффект;	+2
рецидив	+3
Оценка общей суммы баллов:	
перед лечением:	
определенно установленный АИГ;	>15
предположительный АИГ;	10-15
после лечения:	
определенно установленный АИГ;	>17
предположительный АИГ.	12-17
II. Упрощенная балльная система диагностики аутоиммунного гепатита	
ANA или SMA+ в титре $\geq 1:40$	1
ANA или SMA+ или LKM или SLA/LP	2
Иммуноглобулин G:	
превышает верхнюю границу нормы	1
превышает верхнюю границу нормы $>1,1$ раза	2
Гистологическая картина:	
совместима с аутоиммунным гепатитом	1
типична для аутоиммунного гепатита	2
Отсутствие вирусного гепатита:	
да	2
Оценка общей суммы баллов:	
≥ 6 – вероятно аутоиммунный гепатит	
≥ 7 – определенно аутоиммунный гепатит	

Таблица 28

Оценка результатов лечения аутоиммунного гепатита

Результаты	Характеристика
Полная эффективность	<ul style="list-style-type: none"> – Значительное уменьшение симптомов и полная нормализация АлАТ и АсАТ, билирубина и иммуноглобулинов в течение 1 года и их сохранение на нормальном уровне в течение по крайней мере 6 мес. на фоне поддерживающей терапии или результаты биопсии печени, демонстрирующие минимальную активность болезни (в любое время в течение указанного срока) или – Значительное уменьшение симптомов и улучшение показателей функции печени по крайней мере на 50% в сочетании с продолжающимся снижением АлАТ и АсАТ в течение 6 мес. на фоне уменьшения дозы до поддерживающей или результаты биопсии в течение 1 года, демонстрирующие минимальную активность болезни.
Частичная эффективность	<ul style="list-style-type: none"> – Клиническое улучшение и улучшение лабораторных печеночных тестов на 50% достигаются в течение первых 2 мес.; в последующем положительная динамика сохраняется, однако полной или почти полной нормализации лабораторных показателей в течение года не отмечается – Значительное уменьшение выраженности клинических симптомов, нормализации печеночных тестов в течение 6 мес., однако сохранении при гистологическом исследовании признаков активного воспаления.
Недостаточная эффективность	<ul style="list-style-type: none"> – Улучшение печеночных проб менее, чем на 50%, достигнутое в течение 4 нед. лечения независимо от динамики клинических симптомов и гистологической картины. – Печеночных пробы после первоначального (в течение первых 2 мес.) улучшения (даже более чем на 50%) не нормализуются в течение последующих 6 мес. даже при повышении дозы лекарственных средств.
Отсутствие ответа на лечение	<ul style="list-style-type: none"> – Ухудшение течения заболевания на фоне лечения (даже при некотором улучшении лабораторных показателей).
Рецидив	<ul style="list-style-type: none"> – Увеличение АлАТ и АсАТ более чем в два раза по

Результаты	Характеристика
	<p>сравнению с верхней границей нормы или результаты биопсии печени, демонстрирующие активность болезни (+ появление симптомов) после достижения полного эффекта или</p> <p>– Повторное появление достаточно выраженных симптомов, требующих увеличения дозы иммуносупрессивных средств или возобновления их приема, в сочетании с любым повышением АсАТ и АлАТ после достижения «полного» эффекта.</p>

Таблица 29

Балльная система диагностики болезни Вильсона-Коновалова
(the 8th International Meeting on Wilson's disease, Leipzig, 2001)

Типичные клинические симптомы и признаки	Баллы
1. Кольца Кайзера-Флейшера: имеются; отсутствуют.	2 0
2. Неврологические симптомы: тяжелые; легкие; отсутствуют.	2 1 0
3. Сывороточный церулоплазмин: нормальный (>200 мг/л); 100-200 мг/л; < 100 мг/л.	0 1 2
4. Кумбс-негативная гемолитическая анемия: имеется; отсутствует.	1 0
5. Содержание меди в печени (в отсутствие холестаза): >5 норм (>4 мкмоль/г); 0,8-4 мкмоль/г; нормальное (<0,8 мкмоль/г); роданин-позитивные гранулы.	2 1 -1 1
6. Экскреция меди с мочой (в отсутствие острого гепатита): нормальная; 1-2 нормы;	0 1

Типичные клинические симптомы и признаки	Баллы
>2-х норма; нормальная, но повышается > 5 норм после пенициллина.	2 2
7. Мутации: в 2-х хромосомах; в 1 хромосоме; мутации не выявлены.	4 1 0
Суммарная оценка: 4 и более – диагноз подтвержден; 3 – диагноз возможен, но нуждается в большем количестве тестов; 2 и менее – диагноз маловероятен.	

Таблица 30

Показания и противопоказания для направления на консультацию
в Республиканский научно-практический центр трансплантации
органов и тканей

<p>Показания:</p> <ul style="list-style-type: none"> – цирроз печени классов тяжести В-С в возрасте до 70 лет при отсутствии абсолютных противопоказаний к трансплантации печени (см. ниже); – первичный склерозирующий холангит при впервые установленном диагнозе.
<p>Противопоказания:</p> <ul style="list-style-type: none"> – тяжелые некорректируемые поражения сердечно-сосудистой системы; – тяжелые некорректируемые заболевания легких; – органические заболевания центральной нервной системы; – активный алкоголизм; – наркомания; – психические заболевания; – внепеченочное злокачественное заболевание, кроме нейроэндокринных опухолей и не меланомного рака кожи; – ВИЧ положительные; – внепеченочный сепсис; <p>непонимание пациентом характера операции, ее необходимости, риска, а также прогноза и необходимости пожизненного приема иммунодепрессантов.</p>

Оценка тяжести острого панкреатита (далее - ОП)

Оценка состояния по шкале АРАСНЕП (в первые 48 часов после госпитализации):		
– <8 баллов – легкий ОП;		
– 8 и более баллов – тяжелый ОП.		
Оценка тяжести ОП по шкале Glasgow (в первые 48 часов после госпитализации):		
Возраст	>55 лет	
Лейкоциты	>15×10 ⁹	
Глюкоза	>9,99 ммоль/л	
Мочевина	>16,1 ммоль/л	
Кальций	<2 ммоль/л	
Альбумин	<32 ммоль/л	
ЛДГ	>600U/l	
АсАТ или АлАТ	>100 U/l	
Парц.давл.О2	<60 mmHg	
Оценка тяжести: более 3 критериев – тяжелый острый панкреатит.		
Оценка тяжести ОП по шкале Ranson:		
	алкогольный	билиарный
	оценка при поступлении:	
Возраст	>55 лет	>70лет
Лейкоциты	>16×10 ⁹	>18×10 ⁹
Глюкоза	>11,1 ммоль/л	>12,2 ммоль/л
ЛДГ	>350 U/l	>400 U/l
АсАТ	>250 U/l	>250 U/l
	оценка через 48 часов:	
Снижение Hmt	>10%	>10%
Прирост мочевины	>1,8 ммоль/л	>0,7ммоль/л
Кальций	<2 ммоль/л	<2 ммоль/л
Пард.давл.О2	<60 mmHg	<60 mmHg
Дефицит оснований:	>4 ммоль/л	>5ммоль/л
Секвестрация жидкости:	>6 л	>4л
Оценка тяжести:	<3 – легкий 3-5 – средний >5 – тяжелый	Летальность: 0-2 – 1% 3-4 – 16% 5-6 – 40% 7-8 – 100%

Шкала GLASGO (GCS) для оценки степени нарушения сознания

Признаки	1	2	3	4	5	6
Глаза	Не открывает глаза	Открывает в ответ на болевое раздражение	Открывает в ответ на словесный приказ	Спонтанное открывание	Не применяется	Не применяется
Вербальные	Отсутствие речи	Нечленораздельные звуки	Отдельные невнятные слова, неадекватные ответы	Спутанная речь	Ориентирован, нормальный диалог	Не применяется
Моторные	Нет движений	Отсутствие двигательной реакции в ответ на болевое раздражение	Патологические сгибательные движения в ответ на болевое раздражение (декортикация)	Сгибание (отдергивание)	Локализует болезненный стимул	Выполняет команды