- Клиническая фармакология

Этиотропная терапия

- Лечения гепатита С препаратами интерферона не проводится. Так как побочные эффекты больше чем польза.
- Урсозим при лечении у пациентов ПБЦ или при циррозе вызванный ПСХ уровень доказательности А. При других этиологиях цирроза уровень доказательности нет. В данном случае урсозим идет как гепатопротектор и желчегонный. Вместо гепадифа назначения адеметионина(гептрал) целесообразно, так как есть также токсическая (алкогольная) этиология цирроза.

Лечения асцита

У пациента умеренный асцит с симметричным растяжением живота, поэтому по классификации асцита по шкале IAC у пациента асцит 2 степени.

По протоколу 2016 года должны назначаться Спиронолактон в начальной дозе 100 мг в комбинации с фуросемидом в начальной дозе 40 мг или торасемидом в начальной дозе 10 мг в один прием каждое утро.(уровень А) Контроль эффективности терапии и подбор дозы диуретиков осуществляется по весу тела. Рекомендуемая потеря веса должна быть в пределах 0,5 кг / сутки у больных без отеков и 1 кг / сутки- у пациентов с отеками (уровень А)

При подтвержденной гипоальбуминемии показаны инфузии10%-20%р-ра альбумина (уровень 1 А)

Лечения ПЭ

- Препаратом выбора является рифаксимин (альфа нормикс)(Уровень А) назначает 400 мг 3 раза в сутки внутрь. С учетом хорошей переносимости рифаксимина возможно его длительное использование. Данные последних исследований отмечают сокращение частоты госпитализаций после терапии рифаксимином в сравнении с лактулозой.

- Насчет лактулозы обзор Cochrane не обнаружил значительной разницы в результатах у пациентов с и без лактулозы, тем не менее, использование лактулозы является базовым в лечении ПЭ и способствует регрессу ПЭ в 70-80% случаев.
- L-арнитин –L-аспартат обладает дозозависимым эффектом, предотвращая гипераммониемию при белковой нагрузке , эффективен в лечении умеренно выраженной ПЭ, эффект доказан в плацебо –контролируемых исследованиях. (Уровень С)

Лечения гиперспленизма

- Тромбоциты 55* 109/л , поэтому пациент не нуждается в инфузии тромбоцитарной массы.
- Лейкоциты 3,7*10*9/л, тоже не нуждается в Филграстиме
- При анемии назначаются эритропоэтин по 20 МЕ/кг массы тела подкожно 3 раза в неделю до нормализации уровня гемоглобина и эритроцитов (Уровень В);
- (К ЖДА пациенту назначается солевые, полисахаридные соединения двухвалентного железа 1 таб 2 р/д . Трехвалентное железо(железо гидроксид –полимальтазный комплекс) из за декомпенсированного цирроза противопоказана.)

Лечения ВРВП

- У пациента пищеводная флебэктозия 3 ст
- По протоколу варикозные узлы среднего/большого размера без признаков кровотечения: в-блокаторы и лигирование EVL с целью профилактики первичного кровотечения из ВРВП.
- В качестве препаратов выбора используются неселективные β-блокаторы (пропранолол) иликардиоселективныеβ-блокаторы (карведилол) Около 30% пациентов не отвечают на терапию β-блокаторами, несмотря на адекватные дозы.Эта категория пациентов может быть выявлена только при использовании инвазивных методов определения градиента печеночного венозного давления;
- Из- за опасении гипотензии больному предпочтительно не назначать в-блокаторов, так как больной уже принимает мочегонные, поэтому больному рекомендуется лигирование EVL

Сопутствующие заболевания

- СД. Из за декомпенсации цирроза больной временно переведен инсулинотерапию. Инсулин актрапид 2-4 ЕД по уровню гликемии.(гликемический профиль 8-00; 13-00; 17-00)
- При лечении хронического пиелонефрита в данном случае нужно назначить препараты группы цефалоспоринов.

Лечение недостаточности экзокринной функции ПЖ

- дозы ферментных препаратов зависят от степени панкреатической недостаточности и желания больного соблюдать диету;
- - должны назначаться препараты на основе ферментов поджелудочной железы с кишечно-растворимыми минимикросферами, чувствительными к значению pH, и высоким содержанием липазы (уровень А);
- - рекомендуемая доза составляет 25000 – 40000 единиц липазы на прием пищи (уровень В)