

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
13 березня 2026 року № 315

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ ТА
СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**УСКЛАДНЕННЯ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ:
КРОВОТЕЧА З ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ ТА
ШЛУНКА**

Вступ

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Ускладнення цирозу печінки: кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка» (далі – УКПМД) розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає принципи діагностики, лікування та профілактики ускладнень цирозу печінки: кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка в Україні з позиції послідовності надання видів медичної допомоги.

УКПМД розроблений на основі клінічної настанови, заснованої на доказах, «Цироз печінки», з якою можна ознайомитись в Реєстрі медико-технологічних документів за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної та реабілітаційної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

Основною метою УКПМД є створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з цирозом печінки. Обґрунтування та положення УКПМД побудовані на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених у Настановах з менеджменту цирозу печінки та його ускладнень Європейської асоціації з вивчення печінки 2018-2022 років.

Перелік скорочень та визначень, що використовуються в протоколі

ВК	-	варикозна кровотеча
ВРВ	-	варикозно розширені вени
ЕГДС	-	езофагогастродуоденоскопія
ЗОЗ	-	заклади охорони здоров'я
КТ	-	комп'ютерна томографія
МРТ	-	магнітно-резонансна томографія
НПЗЗ	-	нестероїдні протизапальні засоби
НСББ	-	неселективні бета-блокатори
ТВПШ	-	трансюгулярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування
ТП	-	трансплантація печінки
ЦП	-	цироз печінки
ШКК	-	шлунково-кишкова кровотеча
ШКТ	-	шлунково-кишковий тракт
Форма № 025/о	-	форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_» та інструкція щодо її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. Діагноз: Цироз печінки

2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

K74 Фіброз та цироз печінки

3. Протокол призначений для: керівників ЗОЗ, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-гастроентерологів, лікарів-хірургів, лікарів-анестезіологів, фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної та спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з цирозом печінки (далі – ЦП).

4. Мета протоколу: визначення та розробка комплексу заходів з профілактики, ранньої та своєчасної діагностики та лікування ускладнень ЦП у осіб віком від 18 років, а також попередження ускладнень захворювання та покращення якості життя, координація та стандартизація медичної допомоги на основі сучасних принципів доказової медицини.

5. Дата складання протоколу: 2025 рік.

6. Дата перегляду протоколу: 2030 рік.

7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу:

Харченко Наталія В'ячеславівна	завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Квіт Христина Богданівна	доцент кафедри терапії № 1, медичної діагностики та гематології і трансфузіології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;
Колеснікова Олена Вадимівна	заступник директора з наукової роботи державної установи «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Скрипник Ігор Миколайович	проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти Полтавського державного медичного університету, президент громадської організації «Українська гастроентерологічна асоціація»;
Соловійова Галина Анатоліївна	завідувач кафедри внутрішніх хвороб стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;

- Фадєєнко Галина Дмитрівна директор державної установи «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої Національної академії медичних наук України» (за згодою);
- Щербиніна Марина Борисівна президент громадської організації «Українська асоціація по вивченню захворювань печінки» (за згодою).

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

- Гуленко Оксана Іванівна заступник директора департаменту - начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;
- Шилкіна Олена Олександрівна начальник відділу стандартизації медичної та фармацевтичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я України (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів (https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).

Рецензенти:

- Господарський Ігор Ярославович завідувач кафедри клінічної імунології, алергології та загального догляду за хворими Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, д.мед.н., професор;
- Котенко Олег Геннадійович завідувач відділенням хірургії та трансплантації печінки і підшлункової залози, універсальна клініка «Оберіг», д.мед.н., професор, лауреат Державної премії.

8. Коротка епідеміологічна інформація

Варикозна кровотеча (далі – ВК) – тяжке, потенційно смертельне ускладнення ЦП, що спричиняє 70% кровотеч з верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (далі – ШКТ). ВК виникає у 50% пацієнтів з варикозно розширеними венами (далі – ВРВ) стравоходу, а її ризик (5-15% на рік) зростає зі збільшенням ВРВ та прогресуванням печінкової недостатності.

Смертність після ВК сягає 15-25% через 6 тижнів, а при збереженні стану декомпенсації ЦП – понад 80% за 5 років. Без вторинної профілактики повторна кровотеча трапляється у 60-70% пацієнтів за 1-2 роки. У 10% випадків джерело кровотечі – ВРВ шлунка.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

ВК при ЦП є невідкладним станом з високою частотою виникнення ускладнень і високою летальністю, тому потребує інтенсивної терапії. Для оцінки ризику розвитку ВРВ та ВК, вибору адекватних методів профілактики та лікування використовується класифікація Baveno VI, що враховує такі фактори як розмір ВРВ, наявність червоних маркерів та функціональний стан печінки пацієнта.

Основні завдання передбачають стратифікацію ризику ВК з метою профілактики першого епізоду кровотечі (первинна профілактика); безпосереднє лікування пацієнтів з ВК, що включає стабілізацію клінічного стану пацієнта; зупинку кровотечі; запобігання повторним епізодам ВК (вторинна профілактика); лікування основного захворювання; корекцію та лікування супутніх розладів, що можуть погіршувати ситуацію; довготривале спостереження пацієнта для оцінки ефективності терапії. Ці завдання спрямовані на покращення прогнозу, зменшення ризику повторних ВК та поліпшення якості життя пацієнтів.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

1. Первинна медична допомога

1) Профілактика

Положення протоколу

Пацієнтам із ЦП необхідно проводити профілактику розвитку ВК, що передбачає уникнення та/або усунення факторів ризику, що сприяють виникненню ВК.

Обґрунтування

Пацієнти з ЦП та клінічно значущою портальною гіпертензією мають високий ризик ВК зі стравоходу та шлунка. Корекція способу життя є обов'язковою складовою профілактики ускладнень ЦП.

Необхідні дії

Обов'язкові:

пацієнтам з ЦП рекомендувати дотримуватися індивідуального плану лікування та спостереження, складеного лікарем-гастроентерологом, а також надавати інформацію щодо факторів ризику, що викликають ВК.

2) Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовуються на раннє виявлення лікарем загальної практики-сімейним лікарем клінічних ознак ВК.

Обґрунтування

Правильна та своєчасна діагностика ознак ВК є критично важливим для покращення прогнозу пацієнтів, оскільки ВК може призвести до смерті без належного лікування.

Необхідні дії

Обов'язкові:

провести оцінку клінічного стану пацієнта та наявність клінічних ознак ВК відповідно до пункту 1 розділу IV цього УКПМД;

за наявності ознак/підозри щодо ВРВ стравоходу та шлунка пацієнт має бути направлений до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу.

3) Лікування

Положення протоколу

Лікування ВК у пацієнтів з ЦП проводиться у спеціалізованих відділеннях ЗОЗ, де є умови для надання екстреної допомоги та призначається лікарем-гастроентерологом та іншими фахівцями, які беруть участь в наданні медичної допомоги пацієнтам з ЦП.

Обґрунтування

ВК є серйозним ускладненням, яке може швидко призвести до значної крововтрати та шоку, що становить пряму загрозу життю пацієнта. Без негайної спеціалізованої медичної допомоги ризик летального результату є дуже високим.

У спеціалізованих ЗОЗ є доступ до необхідного обладнання та кваліфікованих фахівців для надання комплексної допомоги.

Необхідні дії

Обов'язкові:

залежно від стану пацієнт має бути негайно направлений:

за підозри на приховану ВК до гастроентерологічного або хірургічного відділення;

за наявності ознак ВК (блювання «кавовою гущею», мелена, гіпотонія, тахікардія, слабкість) – до хірургічного відділення для надання екстреної медичної допомоги.

4) Подальше спостереження

Положення протоколу

Здійснення контролю лікування, призначеного після стабілізації стану пацієнта лікарем-гастроентерологом та за потреби іншими фахівцями; проведення заходів вторинної профілактики виникнення ВК.

Обґрунтування

Смертність внаслідок ВК при ЦП залишається високою. Регулярне спостереження за пацієнтом є важливим для контролю ефективності терапії, призначеної лікарем-гастроентерологом та іншими фахівцями. Це дозволяє своєчасно коригувати лікування та знижувати ризик повторних епізодів ВК.

Необхідні дії

Обов'язкові:

належне документування стану пацієнта та дотримання ним індивідуального плану систематичних оглядів, лікувальних заходів та діагностичних обстежень;

здійснювати контроль за виконанням пацієнтом індивідуального плану систематичних оглядів, лікувальних заходів та діагностичних обстежень, визначених лікарем-гастроентерологом та лікарем-хірургом відповідно до клінічного стану пацієнта, а також забезпечити поінформованість пацієнта щодо основних заходів вторинної профілактики ВК;

пацієнтам із прогресуючим захворюванням печінки, які мають ризик первинної або рецидивної ВК, надати інформацію щодо профілактики такого ускладнення та необхідності систематичних оглядів та діагностичних обстежень, включаючи езофагогастродуоденоскопію (далі – ЕГДС), щоб своєчасно виявляти та контролювати ВРВ стравоходу та шлунка;

пацієнтам з компенсованим ЦП або компенсованою прогресуючою хронічною хворобою печінки без варикозів повторюють ЕГДС кожні 2 роки (якщо ураження печінки продовжується або існують асоційовані стани, такі як ожиріння або вживання алкоголю) або кожні 3 роки (якщо немає активного захворювання печінки, наприклад після елімінації вірусу, алкогольної абстиненції);

проведення медикаментозної терапії, яка полягає у призначенні неселективних бета-блокаторів (далі – НСББ), що знижують тиск у портальній вені, тим самим зменшуючи ризик кровотечі;

надати пацієнтам рекомендації щодо збалансованого харчування з обмеженням солі, жирної їжі та алкоголю, що можуть погіршити стан печінки і підвищити ризик кровотечі, а також щодо необхідності уникати гострої їжі, що може подразнювати стравохід та шлунок, уникати важких фізичних навантажень, що можуть підвищити тиск у животі та сприяти розриву ВРВ стравоходу та шлунка;

надати інформацію щодо лікарських засобів, яких пацієнтам варто уникати: нестероїдні протизапальні засоби (далі – НПЗЗ), антикоагулянти та інші лікарські засоби, які можуть збільшити ризик кровотечі.

2. Спеціалізована медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

Діагноз ВК встановлюється/підтверджується лікарем-гастроентерологом або лікарем-хірургом на підставі клініко-анамнестичних даних, результатів лабораторних та інструментальних досліджень, з урахуванням висновків інших фахівців. Обов'язковим є проведення ЕГДС з ретельною диференційною діагностикою відповідно до пункту 1 розділу IV цього УКПМД.

Обґрунтування

Верифікація діагнозу ВК має важливе значення для вибору оптимальної тактики ведення пацієнта, раннього призначення патогенетичного лікування та запобігання ускладненням. Комплексний підхід, що включає клінічні, лабораторні,

інструментальні методи та мультидисциплінарний супровід, підвищує достовірність діагностики та ефективність подальшої терапії.

Необхідні дії

Обов'язкові:

клінічна оцінка пацієнта, що передбачає виявлення факторів ризику первинної ВК, симптомів, пов'язаних з прогресуючим захворюванням печінки, та симптомів, що можуть вказувати на розвиток ВК, збір анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторні та інструментальні дослідження проводяться згідно з рекомендаціями, зазначеними у пункті 1 розділу IV цього УКПМД;

провести уточнення джерела кровотечі шляхом негайного виконання ЕГДС та диференційну діагностику для виключення інших причин кровотечі з верхніх відділів ШКТ;

у разі підтвердження діагнозу ВК забезпечити надання спеціалізованої медичної допомоги, включно з екстреною, в умовах стаціонару ЗОЗ;

за необхідності провести консультації профільними фахівцями.

2) Лікування

Положення протоколу

Активну ВК зупиняють за допомогою медикаментозних методів, ендоскопічних або хірургічних втручань, в залежності від інтенсивності кровотечі та загального стану пацієнта. Лікування здійснюється у ЗОЗ, що надають спеціалізовану допомогу пацієнтам з декомпенсованим ЦП та супутніми ускладненнями.

Обґрунтування

Виживання пацієнтів з ВК значною мірою залежить від своєчасності та адекватності обраного лікування, правильного вибору лікарських засобів, а також від контролю провокуючих факторів. Зупинка ВК є критично важливою для стабілізації стану пацієнта та запобігання ускладненням, таким як шок чи геморагічна анемія.

Спеціалізовані ЗОЗ мають необхідні ресурси та досвід для ефективного надання такого лікування, що забезпечує максимальний ефект для стабілізації стану пацієнта та зниження ризику ускладнень.

Необхідні дії

Обов'язкові:

тактика надання екстреної медичної допомоги щодо зупинки ВК визначається тяжкістю кровотечі та загальним станом пацієнта, що передбачає призначення медикаментозного лікування в комбінації з ендоскопічними методами або, за потреби, з хірургічним втручанням;

медикаментозне лікування передбачає призначення вазоактивних лікарських засобів (терліпресин, октреотид) для зниження портального тиску, засобів для стабілізації гемодинаміки пацієнта та антибактеріальних лікарських засобів (цефтріаксон або норфлоксацин) для профілактики інфекційних ускладнень;

застосування ендоскопічних методів лікування для механічного закриття активного джерела кровотечі: лігування або гемостатичне кліпування ВРВ;

у разі невдалої або недоступної ендоскопічної зупинки кровотечі застосовують тампонаду ВРВ на термін до доби, сучасними модифікаціями спеціальних зондів або шляхом встановлення стента;

у випадках масивної або неконтрольованої ВК, коли ендоскопічні та медикаментозні методи виявляються неефективними, розглядають проведення ургентного хірургічного втручання, обсяг якого визначається індивідуально залежно від клінічної ситуації та технічних можливостей ЗОЗ;

пацієнту надається інформація щодо можливих втручань та очікуваних ризиків лікування.

3) Подальше спостереження

Положення протоколу

За умови успішної зупинки ВК пацієнти підлягають тривалому динамічному спостереженню лікаря-гастроентеролога, який забезпечує проведення заходів вторинної профілактики кровотечі, контроль ефективності та своєчасну корекцію терапії основного захворювання та супутніх станів, що можуть погіршувати прогноз та підвищувати ризик рецидиву кровотечі.

Обґрунтування

Перенесена ВК є маркером високого ризику повторних епізодів та несприятливого прогнозу для пацієнтів із ЦП з низьким рівнем виживаності, тому регулярне спостереження їх стану є критично важливим для своєчасного виявлення можливих ускладнень, ризику повторної ВК і корекції терапії.

Необхідні дії

Обов'язкові:

складання та контроль за виконанням пацієнтом індивідуального плану спостереження, що містить визначення термінів контрольних оглядів та обстежень з урахуванням тяжкості основного захворювання, наявних ускладнень та ризику повторних ВК; для пацієнтів із високим ризиком повторних ВК план спостереження коригується залежно від клінічної ситуації;

забезпечення регулярного моніторингу стану пацієнта, що передбачає:

проведення планових оглядів лікарем-гастроентерологом (не рідше ніж 1 раз на 3 місяці);

виконання контрольних ЕГДС (перше контрольне дослідження – через 2-4 тижні після епізоду кровотечі; в подальшому контрольні ЕГДС – бажано 1 раз на 6 місяців або частіше, залежно від стану пацієнта);

при погіршенні стану пацієнта забезпечити надання спеціалізованої медичної допомоги, включно з екстреною, в умовах стаціонару ЗОЗ;

проведення заходів вторинної профілактики ВК, що передбачає:

призначення НСББ: пропранололу або карведилолу для зниження портального тиску; за потреби може призначатися ізосорбїду мононітрат;

призначення антибактеріальних лікарських засобів: цефтріаксону або норфлуксацину для профілактики інфекційних ускладнень;

за потреби виконання ендоскопічних процедур: лігування або кліпування ВРВ стравоходу та шлунка;

для пацієнтів з рецидивуючою ВК або у випадку неефективності медикаментозного та ендоскопічного лікування проводиться трансюгулярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування (далі – ТВПШ);

хірургічне шунтування розглядається у випадках, коли ТВПШ не може бути виконано або є неефективним;

для пацієнтів з декомпенсованим ЦП і високим ризиком повторних ВК може бути розглянуте виконання трансплантації печінки (далі – ТП) як частина плану лікування;

пацієнтам із прогресуючим захворюванням печінки, які мають ризик рецидивної ВК, надати інформацію щодо профілактики такого ускладнення та необхідності систематичних оглядів та діагностичних обстежень, включаючи ЕГДС, щоб своєчасно виявляти та контролювати ВРВ стравоходу та шлунка;

надати пацієнтам рекомендації щодо збалансованого харчування з обмеженням солі, жирної їжі та алкоголю, що можуть погіршити стан печінки і підвищити ризик кровотечі, а також щодо необхідності уникати гострої їжі, що може подразнювати стравохід та шлунок, уникати важких фізичних навантажень, що можуть підвищити тиск у животі та сприяти розриву ВРВ стравоходу та шлунка;

надати інформацію щодо лікарських засобів, яких пацієнтам варто уникати: НПЗЗ, антикоагулянти та інші лікарські засоби, які можуть збільшити ризик кровотечі.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Діагностика та диференційна діагностика

Збір анамнезу

Детальний збір анамнестичних даних, що включає оцінку специфічних скарг та розладів, ретельну оцінку даних анамнезу та динаміки лабораторних та інструментальних даних. Уточнити наявність попередніх епізодів ВК та історію формування ЦП. Оцінка можливих провокуючих факторів: характер та обсяг вживання алкоголю, прийом НПЗЗ або антикоагулянтів.

Аналіз скарг пацієнта

Пацієнти з підозрою на ВК можуть скаржитися на блювання «кавовою гущею» або кров'ю (гематемезис) та чорний дьогтеподібний стілець (мелена). Масивна гостра кровотеча із верхніх відділів ШКТ може проявлятися у вигляді ректальної кровотечі. Через крововтрату пацієнти можуть відчувати загальну слабкість і швидку втомлюваність внаслідок анемії та зниження рівня гемоглобіну, тахікардію, запаморочення або переднепритомний стан, а також анорексію, біль у верхній

частині живота, нудоту, підвищену пітливість та м'язові судоми. Часто присутні страх або тривога.

Фізикальне обстеження

У випадку підозри ВК з метою оцінки загального стану пацієнта та виявлення ознак можливих ускладнень проводиться фізикальне обстеження, що включає:

- загальний огляд пацієнта;
- виявлення ознак портальної гіпертензії;
- контроль гемодинамічної стабільності (пульс, частота серцевих скорочень та артеріальний тиск);
- оцінку можливих видимих змін, таких як жовтяниця або асцит;
- пальпацію живота для оцінки розміру органів черевної порожнини та виявлення ознак асциту;
- наявність периферичних стигматів зловживання алкоголем та можливі ознаки печінкової енцефалопатії.

Лабораторні дослідження

За можливості для початкової оцінки стану пацієнта на первинному етапі необхідно виконати загальний аналіз крові та печінкові проби.

- В умовах спеціалізованого стаціонару необхідно виконати:
- загальний аналіз крові (гемоглобін, гематокрит та тромбоцити);
- визначення групи крові та резус-фактора;
- коагулограму;
- визначення печінкових проб;
- визначення креатиніну;
- визначення електролітів крові;
- визначення глюкози в крові.

Інструментальні дослідження

ЕГДС є основним методом безпосередньої візуалізації ВРВ стравоходу та шлунка. Ця процедура дозволяє не тільки підтвердити наявність ВРВ, але і оцінити їх стан, визначити ризики ВК, можливі ознаки розриву або ВК. ЕГДС також дозволяє провести ендоскопічні лікувальні маніпуляції.

Скринінг ВРВ шлунка та стравоходу при динамічному спостереженні пацієнтів з ЦП

Пацієнтам з ознаками декомпенсації ЦП слід проводити ЕГДС як обов'язковий скринінг на наявність ВРВ стравоходу та шлунка. При виявленні ВРВ під час ЕГДС їх стан оцінюється за критеріями рекомендацій Baveno VI (локалізація, кількість, розмір та присутність червоних маркерів). Якщо при ЕГДС не виявлено ВРВ стравоходу та шлунка, проте зберігається етіологічний фактор та/або триває стан декомпенсації, ЕГДС слід повторювати щороку. У решти пацієнтів скринінг може бути продовжений за потреби.

ЕГДС слід використовувати для виявлення ВРВ високого ризику у пацієнтів з декомпенсованим ЦП та показником еластометрії печінки ≥ 20 кПа та з кількістю

тромбоцитів $\leq 150 \times 10^9/\text{л}$. Пацієнтам з компенсованим ЦП, які не є кандидатами на лікування НСББ через протипоказання або непереносимість, слід провести ЕГДС для скринінгу ВРВ у випадках рівня еластометрії печінки ≥ 20 кПа (F4) та кількості тромбоцитів $\leq 150 \times 10^9/\text{л}$.

Еластометрію печінки проводять при діагностиці ЦП.

Фактори ризику розвитку первинної кровотечі:

зловживання алкоголем;

вживання НПЗЗ;

недостатня ефективність або резистентність до медикаментозного лікування, зокрема застосування НСББ;

портальна гіпертензія з градієнтом тиску в печінкових венах ≥ 12 мм рт.ст. (хоча відсутня пряма лінійна залежність між цим показником і ризиком ВК);

виявлені при ЕГДС значні за розміром ВРВ, ВРВ з червоними плямами, наявність ерозій та точкових крововиливів (петехій) на стоншеній слизовій оболонці верхніх відділів ШКТ;

печінкова недостатність високого ступеня.

Диференційна діагностика з іншими можливими джерелами кровотечі в верхньому відділі ШКТ

При підозрі на кровотечу з ВРВ стравоходу та шлунка важливо провести диференційну діагностику з іншими джерелами кровотечі в ШКТ. У 30% пацієнтів з декомпенсованим ЦП кровотеча може мати інші причини, як-от виразка ШКТ або портальна гастропатія. Важко локалізувати місце кровотечі, особливо при масивних ВРВ або їх наявності в зоні переходу стравоходу в шлунок. Портальна гіпертензивна гастро-інтестинопатія може супроводжуватися змінами на ендоскопії, такими як мозаїчний візерунок, червоні плями в проксимальному шлунку. Її потрібно відрізнити від судинної ектазії антрального шлунка (GAVE-синдром або синдром «кавуна»). Подібні зміни можуть спостерігатися і в інших відділах ШКТ, викликаючи хронічну крововтрату. Диференційну діагностику проводять пацієнтам із виразковою хворобою, ерозивним гастритом, синдромом Маллорі-Вейса, раком стравоходу або шлунка, ангіодисплазіями та іншими станами.

2. Лікування

Первинна профілактика ВК

Пацієнтів із малими ВРВ та червоними маркерами або тих, хто належить до класу С за шкалою Чайлда-П'ю, а також з середніми або великими варикозами, слід лікувати НСББ. Асцит не є протипоказанням для НСББ, але при тяжкому або рефрактерному асциті слід уникати високих доз НСББ, застосування карведилолу в таких випадках не рекомендується.

У пацієнтів із прогресуючою артеріальною гіпотензією (систоличний артеріальний тиск < 90 мм рт.ст.) або при розвитку гострих супутніх станів, таких як кровотеча, сепсис, спонтанний бактеріальний перитоніт або гостра печінкова

недостатність, застосування НСББ слід припинити. Після стабілізації стану можна спробувати відновити прийом НСББ.

При непереносимості НСББ або протипоказаннях до їх застосування ризик ВК контролюють через невідкладне ендоскопічне лікування ВРВ.

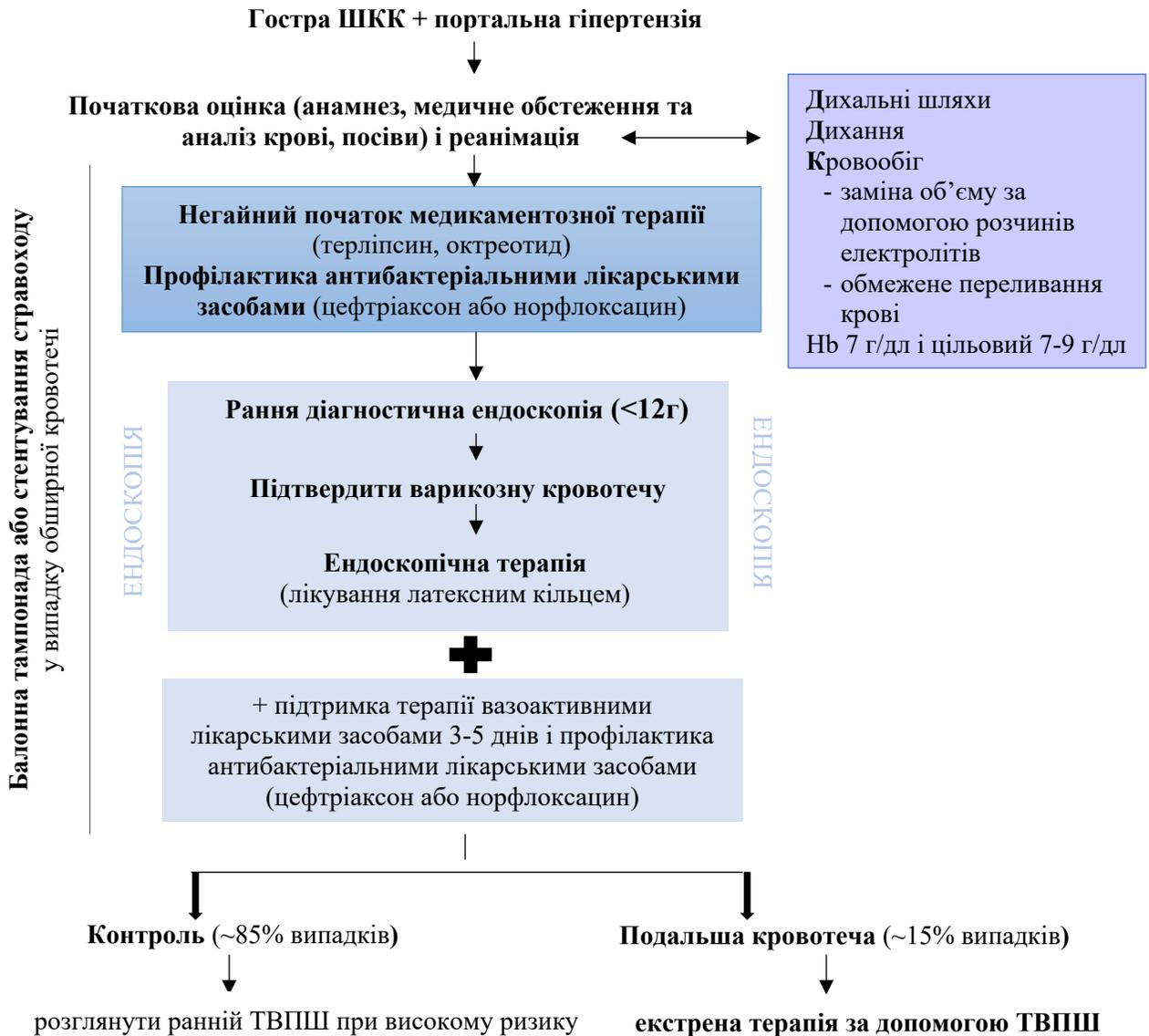
Пацієнтів із середніми або великими ВРВ лікують або НСББ, або ендоскопічним лігуванням ВРВ. Вибір методу (лігування, кліпування або їх комбінація) залежить від досвіду лікаря, пріоритетів пацієнта, протипоказань та побічних ефектів. Перевагу можна надати НСББ, оскільки вони, окрім зниження портального тиску, мають інші сприятливі ефекти. Найбільш ефективною стратегією є комбінована терапія НСББ та ендоскопічного втручання, оскільки це значно знижує ймовірність повторної кровотечі.

Для пацієнтів з асцитом або гострим інтеркурентним станом також рекомендується призначення НСББ. Якщо є непереносимість або протипоказання до НСББ, можна розглянути покриті ТВПШ, за умови відсутності абсолютних протипоказань.

Первинне лікування ВК

Первинне лікування ВК здійснюється відповідно до загальних принципів стабілізації кровотечі з верхніх відділів ШКТ.

Алгоритм лікування гострої ШКК у пацієнтів з ЦП



Першочерговими заходами є забезпечення внутрішньовенного доступу та проведення гемодинамічної реанімації. Об'ємну замісну терапію крові, що циркулює, слід розпочинати негайно для відновлення та підтримки гемодинамічної стабільності, використовуючи розчини електролітів. Крохмальні розчини для замісної терапії не рекомендуються.

При концентрації гемоглобіну менше 7 г/дл слід провести гемотрансфузію з метою досягнення рівня ≤ 9 г/дл. Необхідно уникати надмірного переливання крові, оскільки це може підвищити портальний тиск і збільшити ризик повторної

кровотечі. Коагулопатію лікують за потреби, але слід бути обережними при застосуванні свіжозамороженої плазми, оскільки її введення може збільшити об'єм крові та підвищити ризик повторної кровотечі.

Контроль психічного стану пацієнта є важливим, при цьому необхідно уникати використання седативних, нефротоксичних лікарських засобів, НСББ та вазодилаторів у гострому періоді кровотечі.

Медикаментозна терапія

Вазоактивні лікарські засоби, спрямовані на зниження портального тиску, які призначаються ще до проведення ЕГДС, одразу після виникнення підозри на гостру ВК та застосовуються до її зупинки, але не більше 5 днів.

Вазопресин – внутрішньовенне введення за допомогою інфузійної помпи. Для профілактики побічних ефектів (артеріальна гіпертензія, тахікардія, ризик інсульту тощо) рекомендовано одночасне внутрішньовенне застосування нітрогліцерину у дозуванні 40-70 мкг/хв.

Терліпресин – внутрішньовенно 1-2 мг кожні 4 години впродовж перших 48 годин, далі – по 1 мг кожні 4 години впродовж 2-5 днів з метою профілактики рецидиву.

Октреотид – початкова внутрішньовенна болюсна доза 50 мкг, після чого здійснюється безперервна інфузія зі швидкістю 50 мкг/год впродовж 5 днів.

Антибактеріальна терапія широкого спектру дії призначається на початковому етапі при появі кровотечі, що сприяє зниженню ризику інфекційних ускладнень, покращенню гемостазу та підвищенню рівня виживаності.

Для пацієнтів із декомпенсованим ЦП лікарським засобом першої лінії є цефтріаксон (внутрішньовенно 1 г на добу впродовж 7 днів).

Цефтріаксон також призначають пацієнтам, які раніше отримували профілактику хінолонами, або у закладах, де поширені штами бактерій, стійкі до фторхінолонів.

В інших випадках можливе застосування пероральних хінолонів, таких як норфлоксацин (400 мг двічі на добу впродовж 7 днів).

Ендоскопічна діагностика та лікування

ЕГДС є критичним методом для діагностики та зупинки кровотечі, що рекомендується виконати впродовж перших 12 годин після встановлення підозри на ВК або досягнення гемодинамічної стабільності пацієнта. У разі нестабільності пацієнта за клінічним станом, ЕГДС слід проводити якнайшвидше. Якщо гостра ВК підтверджується ендоскопією, лігування ВРВ слід виконати в межах тієї ж процедури.

При гострій ВК в якості першого терапевтичного варіанту рекомендовано призначення комбінації вазоактивних лікарських засобів і лігування ВРВ стравоходу та шлунка.

Раннє попереджувальне встановлення покритого ТВПШ (впродовж 24-72 годин) може пропонуватися пацієнтам з високим ризиком, які віднесені до класу С за шкалою Чайлда-П'ю з балом <14.

Пацієнтам, які мають постійну кровотечу або ранню повторну кровотечу, незважаючи на терапію вазоактивними лікарськими засобами та профілактику антибактеріальними лікарськими засобами, в якості екстреної терапії потрібно застосувати ТВПШ.

У випадку неконтрольованої ВК потрібно використовувати балонну тампонаду, але з попередньою експертизою та в якості тимчасового «моста» до початку радикального лікування, та не більше 24 годин. Знімні, покриті та саморозширювані стравохідні стенти можуть використовуватися в якості альтернативи балонній тампонаді.

З метою запобігання кровотечам, що часто виникають при прогресуванні печінкової енцефалопатії, профілактично можна застосовувати лактулозу.

Профілактика рецидивів

ТП – єдиний метод етіологічного лікування у більшості пацієнтів з декомпенсованим ЦП високого ступеня. У пацієнтів з нормальною функцією печінки (група А за шкалою Чайлда-П'ю), у яких спостерігаються важко контрольовані ВК із стравоходу та дна шлунка, слід швидко скеровувати на ТП.

У більшості пацієнтів методом першого вибору у профілактиці рецидивів кровотечі (в комбінації з НСББ) є ендоскопічне лікування ВРВ (лігування, склеротерапія, кліпування або комбінація цих методів). Лігування ВРВ – процедура, яку повторюють кожні 2-8 тижнів, до повної ліквідації ВРВ, перший ендоскопічний контроль через 3 місяці після останнього лігування, потім кожні 6 місяців.

Пропранолол 80-320 мг/д в 2 прийоми, карведилол 6,25-12,5 мг/д в 1 прийом, дозу слід поступово збільшувати до максимально стерпної або до досягнення частоти серцевих скорочень у стані спокою не менше 50-55/хв, що зменшує портальну гіпертензію шляхом констрикції судин черевної порожнини. НСББ застосовують разом з ендоскопічним лікуванням або як монотерапію, якщо ендоскопічне лікування неможливе. Терапію НСББ слід припинити при спонтанному бактеріальному перитоніті, нирковій недостатності або артеріальній гіпотензії.

ТВПШ ефективніше ніж ендоскопічні методи, але не покращує виживаність та може підсилювати або спричиняти печінкову енцефалопатію, тому рекомендується тільки при неефективності інших методів.

Хірургічне втручання при ВРВ стравоходу та шлунка виконуються при неефективності інших методів лікування:

повний порто-системний анастомоз;

операції типу non-shunt (усунення варикозу без утворення портокавальних анастомозів).

Хірургічне лікування бажано проводити у ЗОЗ, які мають відповідний досвід та забезпечення.

Варикозне розширення вен шлунка

З метою стратифікації ризику та лікування ВРВ шлунка найчастіше використовується класифікація Sarin.

ВРВ стравоходу та шлунка 1 типу (75%) є ВРВ стравоходу, що поширюються нижче кардії до малої кривизни. ВРВ кардії та дна шлунка (ВРВ шлунка та стравоходу 2 типу або також ізольовані ВРВ шлунка 1 типу) рідше спричиняють кровотечу, проте мають вищий ризик повторної кровотечі та смертності (до 45%) порівняно з ВРВ стравоходу.

Гостру ВК шлунка рекомендується лікувати медикаментозно аналогічно до ВК із стравоходу. Для ендоскопічного гемостазу при ВРВ кардії та дна (ВРВ стравоходу та шлунка 2 типу або ізольоване ВРВ шлунка 1 типу).

ТВПШ з можливістю емболізації є ефективним методом для зупинки кровотечі та запобігання повторній кровотечі при ВК дна шлунка (ВРВ стравоходу та шлунка 2 типу або ізольоване ВРВ шлунка 1 типу) і повинно розглядатися для відповідних пацієнтів.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього УКПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта (далі – КМП) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до КМП, та відповідність призначення лікарських засобів інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за посиланням <http://www.drlz.com.ua/>.

1. Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги пацієнтам з ЦП та його ускладненнями.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до табелів оснащення.

2. Спеціалізована медична допомога

Кадрові ресурси: лікар-терапевт, лікар-гастроентеролог, лікар-лаборант, лікар-ендоскопіст; за необхідності – лікар-хірург, лікар-онколог, лікар-ендокринолог, лікар-ревматолог, лікар-рентгенолог, лікар-кардіолог, лікар-дієтолог; інші фахівці та середній медичний персонал, які беруть участь у наданні спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з ЦП та його ускладненнями.

Матеріально-технічне забезпечення: оснащення відповідно до табелів оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення): вазопресин, ізосорбїду мононітрат, карведилол, лактулоза, нітрогліцерин, норфлуксацин, октреотид, пропранолол, розчини електролітів, терліпресин, цефтріаксон.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря КМП з високим ризиком, підозрою або виявленою ВК.

2) Наявність у лікаря-гастроентеролога КМП з високим ризиком, підозрою або виявленою ВК.

3) Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію щодо медичного стану впродовж звітного періоду.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря КМП з високим ризиком, підозрою або виявленою ВК.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього УКПМД.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

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

Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями ЗОЗ, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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 усіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-

сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з високим ризиком, підозрою або виявленою ВК. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики-сімейним лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2) Наявність у лікаря-гастроентеролога КМП з високим ризиком, підозрою або виявленою ВК.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього УКПМД.

Бажаний рівень значення індикатора:

2026 рік – 90%

2027 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

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

Дані надаються лікарями-гастроентерологами ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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 усіх лікарів-гастроентерологів ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів-гастроентерологів ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості лікарів-гастроентерологів ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-гастроентерологів ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з високим ризиком, підозрою або виявленою ВК. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем-гастроентерологом.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3) Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію щодо медичного стану впродовж звітного періоду.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього УКПМД.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається для запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: інформаційно-аналітичні відділи ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з ВК, розташованих на території обслуговування.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з ВК, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає формі № 025/0 – автоматизована обробка екстрено

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від усіх лікарів, які надають медичну допомогу пацієнтам з ВК, центрів первинної медико-санітарної допомоги, зареєстрованих на території обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів з високим ризиком, підозрою або виявленою ВК, а також тих з них, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта впродовж звітного періоду. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з високим ризиком, підозрою або виявленою ВК, які перебувають під спостереженням у лікаря, який надає медичну допомогу пацієнтам з ВК, лікаря-гастроентеролога (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги).

Джерелом інформації є: форма № 025/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з високим ризиком, підозрою або виявленою ВК, які перебувають під спостереженням у лікаря, який надає медичну допомогу пацієнтам з ВК, лікаря-гастроентеролога, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням деталей медичного огляду.

Джерелом інформації є: форма № 025/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Цироз печінки», 2024 рік, <https://www.dec.gov.ua/mtd/czyroz-pechinky/>.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 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», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 жовтня 2024 року № 1734 «Про затвердження Уніфікованих клінічних протоколів первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Ускладнення цирозу печінки: гепаторенальний синдром», «Цироз печінки компенсований».

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**

Валерія СОРУЧАН