

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**ГУ “РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ
ИМЕНИ АКАДЕМИКА В. ВАХИДОВА”**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО
НОЗОЛОГИИ «ЦИРРОЗ И ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ»**

ТАШКЕНТ - 2025

«УТВЕРЖДАЮ»

**Директор ГУ «РСНПМЦХ
имени академика В. Вахидова»**

С.И. Исмаилов



_____ 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО
НОЗОЛОГИИ «ЦИРРОЗ И ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ»**

ТАШКЕНТ – 2025

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО НОЗОЛОГИЯМ

ЦИРРОЗ И ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ

| Кодирование по МКБ-10/11: | Нозологическое название: | Специалисты, привлекаемые по нозологии для диагностики и лечения в амбулаторных условиях | | Специалисты, занимающиеся нозологиями для стационарной диагностики и лечения | |
|---------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Главный курирующий специалист | Дополнительные специалисты, которые будут привлечены | Главный курирующий специалист | Дополнительные специалисты, которые будут привлечены |
| K70.3 | Алкогольный цирроз печени | ВОП/ Терапевт | Хирург / Гепатолог | Хирург / Терапевт / Гепатолог | Реаниматолог / Пульмонолог / Анестезиолог / Эндокринолог / Невропатолог / Нефролог |
| K70.9 | Алкогольный цирроз печени, неуточненный | ВОП/ Терапевт | Хирург / Гепатолог | Хирург / Терапевт / Гепатолог | Реаниматолог / Пульмонолог / Анестезиолог / Эндокринолог / Невропатолог / Нефролог |
| K71.7 | Токсическое поражение печени | ВОП/ Терапевт | Хирург / Гепатолог | Хирург / Терапевт / Гепатолог | Реаниматолог / Пульмонолог / Анестезиолог / Эндокринолог / Невропатолог / Нефролог |
| K74.3 | Первичный билиарный цирроз печени | ВОП/ Терапевт | Хирург / Гепатолог | Хирург / Терапевт / Гепатолог | Реаниматолог / Пульмонолог / Анестезиолог / Эндокринолог / Невропатолог / Нефролог |
| K74.4 | Вторичный билиарный цирроз печени | ВОП/ Терапевт | Хирург / Гепатолог | Хирург / Терапевт / Гепатолог | Реаниматолог / Пульмонолог / Анестезиолог / Эндокринолог / |

| | | | | | |
|-------|-----------------------------------------|---------------------------|-----------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | Невропатолог / Нефролог |
| К74.5 | Билиарный цирроз печени неуточненный | ВОП/ Хирург / Терапевт | Гепатолог | Хирург / Терапевт / Гепатолог | Реаниматолог / Пульмонолог / Анестезиолог / Эндокринолог / Невропатолог / Нефролог |
| К74.6 | Другой и неуточненный цирроз печени | ВОП/ Хирург / Терапевт | Гепатолог | Хирург / Терапевт / Гепатолог | Реаниматолог / Пульмонолог / Анестезиолог / Эндокринолог / Невропатолог / Нефролог |

**ПЛАНОВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ДИСПЕНСАРНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОТДЕЛЕННОЙ
НОЗОЛОГИИ ЦИРРОЗ И ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ**

| Диагностические мероприятия | Название медицинских услуг | По уровню и виду плановой медицинской помощи | | | | | Минимальное количество сервисов или проверок | Продолжительность лечения |
|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Амбулаторное лечение | | Стационарная поддержка* | | | | |
| | | СВП/СП | МПЦП | Районные (городские) больницы | Медицинские учреждения областного уровня | Медицинские учреждения республиканского уровня | | |
| Консультация основного специалиста (врача) | 1. Семейный врач | + | + | | | | По крайней мере, в период медицинского осмотра 2 раза; 1 раз при наличии заявления по болезни и при наличии указания | Амбулаторное наблюдение продолжается на протяжении всей жизни; Стационарное лечение: 5-10 дней* |
| | 2. Хирург | | + | + | + | + | | |
| | 3. Гепатолог | | | + | + | + | | |
| Примечание: | | | | | | | | |
| Консультация специалиста (врача) (| 1. Реаниматолог | | | + | + | + | - Проводит 1 обследование в случае заявления | |
| | 2. Пульмонолог | | | + | + | + | | |
| | 3. Анестезиолог | | | + | + | + | | |

| | | | | | | | |
|------------------------|-----------------|---|---|---|---|---|----------------------------------------------------------|
| дополнительно) | 4. Эндокринолог | + | + | + | + | + | по заболеванию и полное обследование в случае показания. |
| | 5. Невропатолог | + | + | + | + | + | |
| | 6. Нефролог | + | + | + | + | + | |

Примечание: (согласно инструкции)

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Основные лабораторные анализы | 1. Общий (клинический) анализ крови. | + | + | + | + | + | – 1 раз в случае заболевания и/или по инструкции. – Назначается 2 раза в 1 год (ОАК, Биохимия, липидный спектр, ОАМ) Не менее 1 раза в период стационарного лечения заболевания и/или по инструкции. | * |
| | 2. Общий (клинический) анализ мочи. | + | + | + | + | + | | |
| | 3. АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочевины) | + | + | + | + | + | | |
| | 4. Маркеры воспалительного ответа (С-реактивный белок, АСЛО, РФ) | | + | + | + | + | | |
| | 5. Коагулограмма | | + | + | + | + | | |
| | 6. Анализ на щелочная фосфатаза, ГГТ, альбумин | | | + | + | + | | |
| | 7. Общий анализ мочи | | | + | + | + | | |

Примечание: Количество лабораторных исследований в стационарных условиях определяется исходя из клинического состояния.

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Дополнительные лабораторные исследования | 1. Уровень сахара в крови | + | + | + | + | + | – 1 раз в случае заболевания и/или по инструкции. – Назначается 2 раза в 1 год (ОАК, Биохимия, липидный спектр, ОАМ) Не менее 1 раза в период стационарного лечения | * |
| | 2. Высокочувствительные тропонины. | | + | + | + | + | | |
| | 3. МВ-КФК | | | + | + | + | | |
| | 4. Тропонин тест | | + | + | + | + | | |
| | 5. Мозговой натрийуретический пептид. | | | + | + | + | | |
| | 6. Д-димер | | | + | + | + | | |
| | 7. Общий белок | | + | + | + | + | | |
| | 8. Оценка кислотно-щелочного баланса. | | | + | + | + | | |
| | 9. Серологическая диагностика: (ИФА) обнаружение антител класса IgG к антигенам | | | | + | + | | |

| | | | | | | | | |
|--|---------------------|--|--|---|---|---|----------------------------------------|--|
| | Эхинококка. | | | | | | заболевания и/или по инструкции. | |
| | 10. Гепатит В, С, Д | | | + | + | + | | |
| | 11. ВИЧ | | | + | + | + | | |
| | 12. RW | | | + | + | + | | |
| | 13. Группа крови | | | + | + | + | | |

Примечание: если на материально-технической базе СВП/СП имеется возможность обследования анализ на гельминты крови, данные обследования должен проводить семейный врач. Лабораторные исследования обязательно проводит лечащий врач, результаты этих анализов направляются узким специалистам следующего уровня. Повторное лабораторное обследование проводится только по назначению специалиста или в процессе стационарного лечения. Гепатит В,С,Д, ВИЧ, RW и группа крови должны проверяться у пациентов, у которых планируется хирургическое вмешательство.

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Основные инструментальные исследования | 1. ЭКГ | + | + | + | + | + | - 1 раз при обращении по болезни и/или по инструкции - Планово 2 раза в 1 год (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография грудной клетки, суточное холтеровское мониторирование ЭКГ) - не менее 1 раза в период стационарного лечения по поводу заболевания и/или согласно инструкции. | * | |
| | 2. ЭхоКГ | | | + | + | + | | | |
| | 3. Рентгенография грудной клетки | | | + | + | + | | | + |
| | 4. Холтеровское мониторирование ЭКГ (24-72 часа) | | | + | + | + | | | + |
| | 5. УЗИ брюшной полости | | | | | | | | |
| | 6. ЭГДФС | | | | | | | | |
| | 7. Электрофизиологическое исследование при необходимости (инвазивное, неинвазивное) | | | | | + | | | + |

Примечание:

| | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|---|---|---|--|--|
| | 1. Коронарография* | | | | + | + | | |
| | 2. МСКТ-исследование брюшной полости | | | + | + | + | | |
| | 3. МСКТ грудной клетки | | | | + | + | | |
| | 4. МРТ органов брюшной полости | | | | | | | |

Примечание: Инструментальные диагностические исследования проводит лечащий врач. При наличии показаний к лечению в медицинском учреждении другого уровня оно будет направлено вместе с копиями обследования. Повторное инструментальное диагностическое обследование проводится только по назначению специалиста или в процессе стационарного лечения. При выявлении сопутствующих заболеваний во время консультации пациента проводятся доступные инструментальные диагностические

исследования на уровне медицинских учреждений.

*при наличии специалиста и оборудования можно проводить данную процедуру.

***ИНСТРУКЦИИ ПО СТАЦИОНАРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ: (здесь написаны инструкции по стационарному лечению, которые появляются при амбулаторном лечении)**

Показания к плановому стационарному лечению (без операции):

1. первичное обследование (при наличии клинико-лабораторных или инструментальных признаков заболевания);
2. предоперационная подготовка пациентов (подготовка трансплантации печени), при невозможности ее проведения на амбулаторном уровне;
3. выраженные клинические признаки заболевания, в том числе, на фоне проводимой терапии при наличии стойкой асцита или в случаях, не подлежащих хирургическому лечению;
4. кровотечение из варикозного расширенного вен пищевода;
5. наличие признаки печеночной энцефалопатии.

Инструкция по неотложному стационарному лечению (хирургической практике):

1. кровотечение из варикозного расширенного вен пищевода.

| Диагностические мероприятия | Название медицинских услуг | По уровню и виду плановой медицинской помощи | | | | | Минимальное количество сервисов или проверок | Продолжительность лечения |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------|
| | | Амбулаторное лечение | | Стационарная поддержка | | | | |
| | | СВП/СП | МПЦП | Районные (городские) больницы | Медицинские учреждения областного уровня | Медицинские учреждения республиканского уровня | | |
| 1. Диагностическая ЭГДФС | | | | + | + | + | У пациентов находящихся на стационарном лечении | |

Примечание: необходимо оценить состояния больного.

(МЕДИКАМЕНТОЗОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

| Лечебные мероприятия (основное лечение) | | По уровню и виду ПЛАНОВОЙ медицинской помощи | | | | | Средняя суточная дозировка | Дозировка на один курс |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|
| | | Амбулаторное лечение | | Стационарная поддержка | | | | |
| Название препарата (не патентовано международное). | Дозировка и способ применения препарата | ОШП/ОП | КТМП | Районные (городские) больницы | Медицинские учреждения областного уровня | Медицинские учреждения республиканского уровня | | |
| 1. Адеметионин 760мг | 1000 мг внутривенно | + | + | + | + | + | 2 раза в сутки | 10-14 дней |
| 2. L-орнитина-L-аспартата | 10мл внутривенно | + | + | + | + | + | 2 раза в сутки | 10-14 дней |
| 3. Ацетилцистеин 600 | 620мг внутрь | + | + | + | + | + | 1 раз в день | 10 дней |
| 4. Альбумин 20% | 20-40мг в сутки | | | + | + | + | 1 или 2 раза в день | 4-7 дней |
| 5. Лактулоза 667мг/мл | 600-1200мг внутрь | + | + | + | + | + | 3 раза в день | 10-15 дней |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------------|------------|
| 6. Карведилол 6,25мг | 6,25 мг внутрь | + | + | + | + | + | 2 раза в день | постоянно |
| 7. Урсодезоксихолевая кислота 250мг | 1000-1500 мг внутрь | + | + | + | + | + | 3 раза в день | 10-15 дней |
| 8. Пантопразол 40мг | 40мг внутрь | + | + | + | + | + | 1 раз в день | 10-15 дней |
| 9. Алюминия гидроксида 300 мг | 1000мг внутрь | + | + | + | + | + | 3 раза в день | 10-15 дней |
| 10. Витамин В комплекс 5мг-2,0мл | 5-10 мг внутримышечно | | + | + | + | + | 1-2 раза в день | 10-15 дней |
| 11. Спиринолактон 100мг | 50-100мг внутрь | + | + | + | + | + | 1 раз в день | постоянно |
| Примечание. | | | | | | | | |

(МЕДИКАМЕНТОЗОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

| Лечебные мероприятия (основное лечение) | | По уровню и виду ЭКСТРЕННОЙ медицинской помощи | | | | | Средняя суточная дозировка | Дозировка на один курс |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| | | Амбулаторное лечение | | Стационарная поддержка | | | | |
| Название препарата (не патентовано международное). | Дозировка и способ применения препарата | ОШП/ОП | КТМП | Районные (городские) больницы | Медицинские учреждения областного уровня | Медицинские учреждения республиканского уровня | | |
| 1. Аминокапроновая кислота | 5 мг внутривенно | | | + | + | + | при необходимости через 15 мин введение можно повторить | 5-7 дней |
| 2. Этамзилат натрия | 250мг внутривенно | | | + | + | + | каждый 6 часов при необходимости через 15 мин введение можно повторить | 5-7 дней |
| 3. Препараты крови и кровозаменители: Эритроцитарная масса и СЗП | 1 доза внутривенно | | | | + | + | | - |
| Примечание. | | | | | | | | |
| Лечебные мероприятия (дополнительное лечение) | | По уровню и виду ЭКСТРЕННОЙ медицинской помощи | | | | | Средняя суточная | Дозировка на один |
| | | Амбулаторное | | Стационарная поддержка | | | | |

| | | лечение | | Районные (городские) больницы | Медицинские учреждения областного уровня | Медицинские учреждения республиканского уровня | дозировка | курс |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------|------|-------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|
| | | СВП/СП | МПЦП | | | | | |
| препарата (международно не запатентовано). | Дозировка и способ применения препарата | | | | | | | |
| 1. Глюкостероиды – дексаметазон | 8–32 мг в/в капельно | + | + | + | + | + | каждые 4 ч в течение 48 ч; затем — каждые 8–12 ч | - |
| 2. Диуретик-Фуросемид 40мг | 40мг внутри мышечной или внутривенно | | + | + | + | + | 1 раз в день | - |
| 3. Меглюмина натрия сукцинат (Реамберин) 15мг/мл | 300-600мг внутривенно | | | + | + | + | каждые 12 ч | 5-7 дней |
| 4. Терлипрессин | по 1000 мкг в/м | | | | + | + | каждые 4–6 ч | 3-5 дней |
| 5. Группа Сандостатина - октреотид | 1мл п/к в/в | | | + | + | + | каждые 12 ч | 5-7 дней |
| 6. Антибиотики: Цефоперазон 1000мг* | 1-2 г в/в | | | + | + | + | каждые 12 ч | 5-7 дней |
| 7. Эноксипарин 3000/4000/6000ед | 3000-8000ед п/к | | | + | + | + | каждые 12 ч | 5-7 дней |
| 8. Такролимус 0,5/1,0/3,0/5,0 мг | 1-5мг внутрь | + | + | + | + | + | 2 раза в день | постоянно |
| 9. Микофенолат мофетил 250/500/1000 мг | 250-1000 мг внутрь | + | + | + | + | + | 2 раза в день | 2-12 месяцев |
| 10. Циклоспарин А 25/50/100мг | 50-200мг внутрь | + | + | + | + | + | 2 раза в день | постоянно |
| 11. Эверолимус 2,5/5/10мг | 2,5-10 мг внутрь | + | + | + | + | + | 2 раза в день | постоянно |
| 12. Микофеноловая кислота 320/640 мг | 320-640 мг внутрь | + | + | + | + | + | 2 раза в день | 2-12 месяцев |
| 13. Метилпреднизалон (ГКС) – 500/1000 мг флакон | 125-1000 мг в/в кап | | | | + | + | 1 раз в день | 3-5 дней |
| 14. Метилпреднизалон (ГКС) – 4/8/16мг таб | 4-32 мг внутрь | + | + | + | + | + | 1 раз в день | 1-6 мес |

Примечание: Антибиотики может поменяются через 7 дней

ПЛАНОВАЯ/ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ

| Лечебные мероприятия (оперативное лечение) | По уровню и виду плановой медицинской помощи | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| | Амбулаторное лечение | | Стационарная поддержка | | |
| Название операции/вмешательства/лечения | СВП/СП | МПЦП | Районные (городские) больницы | Медицинские учреждения областного уровня | Медицинские учреждения республиканского уровня |
| 1. Эндоскопическое лигирование ВРВП | | | + | + | + |
| 2. Лапароцентез | | | + | + | + |
| 3. Разобшающие операции | | | | + | + |
| 4. Трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование | | | | | + |
| 5. Портосистемное шунтирование | | | | | + |
| 6. Трансплантация печени | | | | | + |
| Комментарий: если в районной больнице имеется лапароскопический аппарат, можно выполнить операции в условиях РБ. | | | | | |

(ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ/ДИЕТА)

| Режим питания | По уровню и виду плановой медицинской помощи | | | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|------|-------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| | Амбулаторное лечение | | Стационарная поддержка | | |
| Диетическая таблица и ее продолжительность | СВП/СП | МПЦП | Районные (городские) больницы | Медицинские учреждения областного уровня | Медицинские учреждения республиканского уровня |
| Стол №5 | + | + | + | + | + |

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

| Диспансерная деятельность | Название медицинских услуг | ОШП/ОП | КТМП | Минимальное количество событий | Период диспансерного контроля |
|-------------------------------|------------------------------|--------|------|--------------------------------|-------------------------------|
| Консультация эксперта (врача) | 1. Медсестра | + | + | Планово 2 раза в 1 год | |
| | 2. Семейный врач | + | + | | |
| | 3. Гепатолог | | + | | |
| | 4. Хирург | + | + | | |
| | 5. Эндокринолог | | + | | |
| Лабораторные испытания | 1. Общий анализ крови | + | + | Планово 2 раза в 1 год | |
| | 2. Общий анализ мочи | + | + | | |
| | 3. Содержание сахара в крови | + | + | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---|---|-------------------------------|--|
| | 4. Креатинин в крови | + | + | | |
| | 5. АЛТ, АСТ, билирубин | + | + | | |
| | 6. Коагулограмма | + | + | | |
| | 7. Определение уровня такролимуса | + | + | Планово 2 раза в 1 год | |
| Примечание. При периодических обследованиях согласно инструкции рекомендуются дополнительные лабораторные исследования. * Эти специалисты будут осмотрены регионом/МИАТМ по рекомендации кардиолога. **Реализуется исходя из материально-технических возможностей учреждения. | | | | | |
| Инструментальные исследования | 1. УЗИ | + | + | Планово 2 раза в 1 год | |
| | 2. Рентген грудной клетки | + | + | | |
| Примечание. При подозрение на рецидив заболевания требуется выполнение МРТ/МСКТ исследование в условиях медицинские учреждения областного уровня | | | | | |

Руководитель отделения Гепатобилиарной хирургии и трансплантация печени №2

Байбеков Р.Р.

Заведующий отделением Гепатобилиарной хирургии и трансплантация печени №2

Файзуллаев О.А.