

Диспансерное наблюдение пациентов с циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации

Цирроз печени (ЦП) остается одной из ведущих причин смертности и инвалидизации среди пациентов с заболеваниями пищеварительной системы, при этом значительная часть случаев диагностируется на поздних стадиях, что ограничивает возможности эффективного лечения и ухудшает прогноз. Рост заболеваемости и высокая частота осложнений определяют необходимость усиления роли первичного звена здравоохранения в раннем выявлении, динамическом наблюдении и профилактике прогрессирования ЦП.

Настоящие методические рекомендации систематизируют современные подходы к ведению пациентов с ЦП. В документе представлены критерии установления диагноза, включая клинические, лабораторные и инструментальные признаки, а также принципы комплексной оценки состояния пациента. Подробно изложен алгоритм диспансерного наблюдения с акцентом на динамическую оценку состояния пациента и раннее выявление декомпенсации. Особое внимание уделено диагностике и мониторингу осложнений (портальная гипертензия, асцит, печеночная энцефалопатия и др.), интерпретации лабораторных показателей и применению инструментальных методов исследования. Рассмотрены принципы немедикаментозной и медикаментозной терапии, профилактического консультирования, вакцинации, а также критерии направления на госпитализацию и трансплантацию печени.

Документ предназначен для врачей-терапевтов, врачей общей практики, гастроэнтерологов и других специалистов первичного звена здравоохранения, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с ЦП.

Ключевые слова: цирроз печени, методические рекомендации, диспансерное наблюдение, вторичная профилактика.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Маев И. В. — академик РАН, д.м.н. профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии лечебного факультета ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России (Москва, Россия)

Бакулин И. Г. — д.м.н., профессор, директор Института терапии, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса ФГБОУ ВО "Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова" Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 4 от 28 апреля 2026 г.).

Для цитирования: Драпкина О. М., Маевская М. В., Шепель Р. Н., Жарова М. Е, Гречишников В. Р. Диспансерное наблюдение пациентов с циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2026;3(2S):6-58. doi: 10.15829/3034-4123-2026-149. EDN: WGJZKB

Драпкина О. М.^{1,3},
Маевская М. В.²,
Шепель Р. Н.¹,
Жарова М. Е.^{1*},
Гречишников В. Р.²

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

²ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

³ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author
(Автор, ответственный за переписку):
m.e.zharova@rospniz.ru

Поступила: 19.05.2026
Принята: 01.06.2026



Follow-up monitoring of patients with liver cirrhosis by primary care physicians. Guidelines

Liver cirrhosis remains one of the leading causes of mortality and disability among patients with gastrointestinal diseases. A significant proportion of cases are diagnosed at late stages, limiting effective treatment options and worsening the prognosis. The increasing incidence and high complication rate necessitate strengthening the primary care role in early detection, monitoring, and prevention of liver cirrhosis progression.

These guidelines systematize modern approaches to the management of patients with liver cirrhosis. The document presents diagnostic criteria, including clinical and paraclinical signs, as well as principles for a comprehensive patient assessment. A detailed follow-up algorithm is outlined, emphasizing the assessment of the patient's condition and the early decompensation detection. Particular attention is paid to the diagnosis and monitoring of complications (portal hypertension, ascites, hepatic encephalopathy, etc.), interpretation of laboratory parameters, and the use of diagnostic methods. The principles of non-drug and drug therapy, preventive counseling, vaccination, and referral criteria for hospitalization and liver transplantation are discussed.

This document is intended for general practitioners, gastroenterologists, and other primary care specialists involved in providing care to patients with liver cirrhosis.

Keywords: liver cirrhosis, guidelines, follow-up care, secondary prevention.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Maevskaya M. V., Shepel R. N., Zharova M. E., Grechishnikova V. R. Follow-up monitoring of patients with liver cirrhosis by primary care physicians. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2026;3(2S):6-58. doi: 10.15829/3034-4123-2026-149. EDN: WGJZKB

Drapkina O. M.^{1,3},
Maevskaya M. V.²,
Shepel R. N.¹,
Zharova M. E.^{1*},
Grechishnikova V. R.²

¹National Medical Research Center
for Therapy and Preventive Medicine,
Moscow, Russian Federation

²I. M. Sechenov First Moscow
State Medical University of the
Ministry of Health of the Russian
Federation (Sechenov University).
Moscow, Russian Federation

³Russian University of Medicine,
Moscow, Russian Federation

*Corresponding author:
m.e.zharova@roptniz.ru

Received: 19.05.2026
Accepted: 01.06.2026



ДН — диспансерное наблюдение, ПЭ — печеночная энцефалопатия, ЦП — цирроз печени.

Введение

Цирроз печени (ЦП) — это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов. ЦП представляет собой финальную стадию большинства хронических диффузных заболеваний печени. Естественное течение ЦП характеризуется бессимптомной стадией (компенсированный ЦП), которая сменяется стадией повышения давления в портальной системе и ухудшением функции печени, что приводит к появлению клинической картины в виде осложнений ЦП (стадия декомпенсации). В стадии компенсации у пациентов, как правило, хорошее качество жизни, и заболевание может протекать скрыто в течение нескольких лет. Стадия декомпенсации проявляется развитием выраженных клинических симптомов.

Современные возможности по устранению/контролю над причиной повреждения печени привели к появлению нового термина — рекомпенсация ЦП, что предполагает нормальные печеночные тесты и отсутствие описанных выше клинических признаков декомпенсации в течение не менее 12 мес. Рекомпенсация ЦП — самый благоприятный исход заболевания¹.

Согласно данным Федеральной формы статистического наблюдения № 12 за 2020-2024 гг., ЦП сохраняет статус ведущей причины смертности среди хронических заболеваний печени в Российской Федерации. Число зарегистрированных случаев фиброза и ЦП (K74) возросло с 116,5 до 123,4 тыс., а возрасто-стандартизированный показатель заболеваемости — с 0,80 до 0,84 на 1000 населения, что свидетельствует о стабильно высоком бремени заболевания [1-5].

Данные обстоятельства актуализируют необходимость смещения акцента в сторону раннего выявления ЦП и повышения эффективности диспансерного наблюдения (ДН). Целью настоящих методических рекомендаций является систематизация информации по ДН за пациентами с ЦП.

Основными источниками информации по клиническим аспектам проведения ДН пациентов с ЦП являются клинические рекомендации "Цирроз и фиброз печени"¹ и стандарт медицинской помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени, утвержденным приказом Минздрава России от 28 декабря 2022 г. № 810н².

ДН пациентов с ЦП врачом-терапевтом³ осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении

порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"⁴.

Постановка пациента на ДН должно быть осуществлена в течение трех дней после:

- 1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 2) получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях⁴.

Критерии установления диагноза ЦП включают сочетание клинических, лабораторных и инструментальных признаков внутрипеченочной портальной гипертензии с признаками печеночной недостаточности или без них, а также наличие фиброза печени по результатам неинвазивных тестов и, при необходимости, гистологической верификации¹.

Критерии диагноза ЦП

1. Клинические и лабораторно-инструментальные признаки внутрипеченочной портальной гипертензии с признаками печеночной недостаточности и без них (см. таблицу 1).
2. Характерная морфологическая картина — тяжелый фиброз с изменением архитектоники печени формированием узлов.
3. Определение жесткости ткани печени >15 кПа делает высоко вероятным диагноз компенсированного ЦП (компенсированного заболевания печени с тяжелым фиброзом).

ВАЖНО!

- Наличие лишь одно изолированного признака ЦП не может быть основанием для установления диагноза, необходим комплекс клинических, лабораторных и инструментальных данных.
- В стадии компенсации ЦП признаков печеночной недостаточности у пациента может не быть.
- Портальная гипертензия может иметь различное происхождение, в связи с чем ее выявление обуславливает необходимость проведения дифференциальной диагностики с внепеченочной формой данного синдрома.
- Повышение сывороточных аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) служит признаком гепатоцеллюлярного повреждения, а не печеночной недостаточности и играет вспомогательную роль в диагностике ЦП.

¹ Клинические рекомендации "Цирроз и фиброз печени", 2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/715_2.

² Приказ Минздрава России от 28.12.2022 № 810н "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени (диагностика и лечение)" <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202301200004>.

³ Врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н.

⁴ Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202204210027>.

Таблица 1

Клинические, лабораторные и инструментальные признаки портальной гипертензии и печеночной недостаточности

Признаки	Портальная гипертензия	Печеночная недостаточность
Клинические	• спленомегалия • асцит • расширение подкожных вен в области брюшной стенки ("голова медузы" и др.)	• желтуха • периферические отеки (как правило, в сочетании с асцитом) • кровоточивость десен, носовые кровотечения • ПЭ
Лабораторные	• Тромбоцитопения, лейкопения, анемия* в рамках синдрома гиперспленизма	• снижение уровня альбумина • удлинение протромбинового времени или повышение международного нормализованного отношения
Инструментальные	По данным УЗИ ОБП/СКТ ОБП/МРТ ОБП: • спленомегалия • расширение воротной, селезеночной вен • наличие портокавальных анастомозов • асцит • реканализация пупочной вены • гепатофугальный кровоток Эзофагодуоденоскопия: • варикозное расширение вен пищевода и желудка • портальная гастропатия Транзиентная эластография • значения жесткости ткани печени ≥ 15 кПа	—
Гистологические	Фиброз в сочетании с образованием узлов (нарушение архитектоники печени)	

Примечание: *анемия у пациентов с ЦП всегда требует дифференциального диагноза. Трактовать снижение уровня гемоглобина и числа эритроцитов в рамках синдрома гиперспленизма можно только в случаях сочетания этих отклонений с тромбоцитопенией (появляется, как правило, первой) и лейкопенией. В других ситуациях анемия может иметь иное происхождение (острая или хроническая кровопотеря, анемия хронического заболевания, гемолитическая анемия).

Сокращения: ОБП — органы брюшной полости, МРТ — магнитно-резонансная томография, ПЭ — печеночная энцефалопатия, СКТ — спиральная компьютерная томография, УЗИ — ультразвуковое исследование.

Результаты эластографии с определением жесткости ткани печени используются в диагностике компенсированного ЦП. Определение жесткости ткани печени >15 кПа делает высоко вероятным диагноз компенсированного ЦП или компенсированного заболевания печени с выраженным фиброзом. Однако, необходимо помнить о том, что результат может быть искажен в сторону его завышения в некоторых случаях: при асците, высоком уровне сывороточных аминотрансфераз; исследовании, выполненном не натошак, или выполненном неопытным оператором и др.

Алгоритм диспансерного приема [6] (осмотра, консультации) пациента с ЦП представлен в [таблице 2](#) и [Приложениях 1, 2](#).

Основные задачи ДН за пациентами с ЦП:

1. Динамическое наблюдение с обследованиями и контролем риска развития осложнений ЦП:

кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, асцита, печеночной энцефалопатии (ПЭ), острого повреждения почек, в особенности гепаторенального синдрома, легочных осложнений (печеночный гидроторакс, гепатопульмональный синдром, портопульмональная гипертензия), цирротической кардиомиопатии и вторичной надпочечниковой недостаточности и инфекционных осложнений (спонтанный бактериальный перитонит, мочевиная инфекция, пневмония, инфекции мягких тканей, бактериемия и другие).

2. Мониторинг эффективности этиотропной терапии ЦП и лечения/профилактики его осложнений.

3. Скрининг гепатоцеллюлярного рака.

4. Динамический анализ показаний для трансплантации печени и/или паллиативной помощи.

Таблица 2

Алгоритм проведения ДН

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
Алкогольный цирроз печени (K70.3) см. методические рекомендации [7] Первичный билиарный цирроз, вторичный билиарный цирроз, билиарный цирроз неуточненный, другое и неуточненный цирроз печени (K74.3-K74.6)⁶	Первое посещение: при взятии под ДН, направление пациента на профилактический медицинский осмотр или диспансеризация определенных групп взрослого населения; В соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 раза в 3-4 мес.	Сбор жалоб с оценкой их динамики: Общие принципы: - ЦП на стадии компенсации длительно может протекать бессимптомно; - Жалобы часто неспецифичны и ошибочно трактуются как проявления других заболеваний. Важно: на что обратить внимание! Масса тела: непреднамеренное снижение веса требует исключения саркопении, прибавка в весе требует исключения задержки жидкости. Отеки и асцит: служат признаком декомпенсации ЦП. У пациентов с ЦП сначала появляются асцит, далее присоединяются периферические отеки. Геморрагические элементы: (экхимозы в области пункции вен и т.п.) на коже служат признаком печеночной недостаточности. Сон и физическое функционирование: общая слабость, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, нарушение ритма сна и бодрствования могут быть признаками ПЭ. Желтуха: признак прогрессирования ЦП, присоединения печеночной недостаточности. Желтуха всегда требует дифференциального диагноза, исключения ее механической природы. Кожный зуд: клинический признак холестаза. Требуется дифференциального диагноза. Дефекация: черный стул в сочетании со слабостью свидетельствует о желудочно-кишечном кровотечении. Рвота кофейной гущей: признак желудочно-кишечного кровотечения. Боль в животе у пациента с асцитом может быть признаком инфицирования асцитической жидкости. Диурез: олигурия служит клиническим признаком повреждения почек. Нейропсихическая сфера: ориентация во времени и пространстве, собственной личности. Изменения служат признаками ПЭ и стадияются по шкале Вест-Хейвена (англ. West Haven). Всем пациентам с ЦП и отсутствием явных изменений нейропсихической сферы на каждом визите необходим скрининг ПЭ с применением психометрических тестов. См. раздел "Оценка риска неблагоприятных событий". Все клинические симптомы необходимо оценивать в динамике: время начала, изменение симптомов, провоцирующие факторы. Сбор анамнеза Цель: - установление вероятной этиологии ЦП (при неуточненной этиологии); - оценка стадии заболевания, признаки и история декомпенсации; - определение факторов прогрессирования и прогноза. Общие принципы: Активный опрос. Пациенты часто не осознают значимость перенесенных обострений (асцит, кровотечения, спутанность сознания) и не сообщают о них самостоятельно. Оценка анамнеза в динамике. Важно уточнять не только факт события, но и время его появления, частоту, повторяемость и тенденцию к прогрессированию. Приоритет клинической картины цирроза. Правильная оценка клинической картины ЦП имеет большее прогностическое значение, чем текущие лабораторные показатели. Этиологический фактор. Отсутствие установленной причины ЦП требует повторной и расширенной оценки. Сопоставление медицинского и социального анамнеза. Приверженность лечению, а следовательно, и прогноз во многом определяются образом жизни и социальной поддержкой пациента (поддержку со стороны семьи и близких, социальную включенность, социально-экономические условия).

⁵ Международная классификация болезней 10-го пересмотра. <https://mkb-10.com/>.

⁶ В соответствии с Клиническими рекомендациями "Цирроз печени и фиброз печени", 2025. Циррозу печени соответствуют коды МКБ-10: K72, K74.0, K74.1, K74.2, K74.4, K74.5, K74.6, K76.7.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом–терапевтом ^{1,4}
		Анамнез данного заболевания • Начало болезни: когда и как началось заболевание, внезапно или постепенно, каковы были его первые проявления, значение условий внешней среды. • Состояние больного непосредственно перед заболеванием: предполагаемая/подтвержденная причина заболевания, наличие сопутствующих заболеваний: — <i>история употребления алкоголя:</i> необходимо выяснить количество, частоту и давность употребления алкоголя, в том числе на основе оценки анкеты по диспансеризации. При выявлении нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT ≥ 20 баллов или RUS-AUDIT ≥ 11 баллов для женщин, для мужчин ≥ 17 баллов), показана консультация врача — психиатра-нарколога (Приложение 3-6); — <i>сопутствующая патология и состояния, ассоциированные с поражением печени</i> (сахарный диабет, ожирение и метаболический синдром, ВИЧ-инфекция, гиперлипидемия, вирусные гепатиты В и С, перегрузка железом, дефицит альфа-1-антитрипсина и др.); — <i>наличие аутоиммунных заболеваний</i> (например, аутоиммунный тиреоидит, и т.д.), которые могут ассоциироваться с повреждением печени и усугублять течение ЦП; — <i>лекарственный анамнез</i> (выяснить все используемые лекарственные препараты по назначению врачей, так и без назначения (наличие полипрагмазии). Необходимо выявлять препараты, которые могут оказывать прямое и не прямое повреждающее действие на печень, а также проводить активный опрос пациента об употреблении биологически активных добавок, витаминов и препаратов растительного происхождения; • Течение заболевания: последовательность проявления и развития различных симптомов, периоды обострения и ремиссии. • Результаты проведенных ранее исследований: лабораторные анализы, инструментальные методы обследования (УЗИ, ЭГДС, СКТ и пр.) (в т.ч. по выписным эпикризам и медицинской карты). • Ранее проводимая терапия и ее эффективность. Анамнез жизни • Образование и профессиональный анамнез: образование, профессия и профессионально-производственные условия, наличие (и каких) неблагоприятных профессиональных факторов. Уточнить контакт с токсичными веществами в рамках профессиональной деятельности; • Жилищные условия (удовлетворительные/неудовлетворительные), режим питания и его характеристика (полноценное, рациональное, злоупотребление поваренной солью, жирами и т. д.), характеристика личного гигиенического режима (физическая активность, прогулки, занятия спортом). • Перенесенные заболевания и травмы, контузии ранения (при наличии сопутствующих заболеваний вне обострения и не влияющих на тяжесть состояния больного, описать их в этом разделе). • Привычные интоксикации: курение, злоупотребление алкоголем, наркотики, как часто и с какого возраста. • Гинекологический анамнез: начало менструаций, число беременностей, родов, аборт. При наличии климакса — с какого возраста, его проявления. • Наследственность: здоровье и причина смерти родителей, братьев, сестер (особое внимание обратить на патологию, имеющую значение для заболевания больного). • Семейная жизнь: время женитьбы (замужества), здоровье детей. • Аллергологический анамнез: переносимость лекарств, наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты и т.п. с описанием клиники аллергической реакции (в виде вазомоторного ринита, крапивницы, отека Квинке и др.). • Эпидемиологический анамнез: перенесенная желтуха, инфекционные заболевания, наличие в анамнезе переливания крови, оперативных вмешательств, стоматологических процедур, парентерального введения лекарственных и прочих веществ, пирсинга, татуировок; выезд за пределы постоянного места жительства в течение последних 6 мес., контакт с инфекционными больными. • Страховой анамнез: работает или не работает, пенсионер, длительность последнего больничного листа, общая продолжительность больничных листов по данному заболеванию за последние 12 мес. Наличие и группа инвалидности с какого года⁷.

⁷ Приказ Минздрава России от 13.05.2025 № 274н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения" https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_506684/.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Физикальное обследование Цель: • раннее распознавание декомпенсации цирроза (например, ПЭ); • выявление признаков ПГ; • оценка функционального состояния печени; • диагностика жизнеугрожающих осложнений (тяжелая ПЭ, кровотечение и др.); • определение прогноза и тактики ведения пациента на уровне первичного звена. Общие принципы осмотра пациента с ЦП: • Системность. Осмотр проводится по стандартной схеме истории болезни, без пропусков отдельных систем, даже при наличии установленного диагноза. • Оценка в динамике. Принципиально важно сравнивать данные осмотра с предыдущими визитами; с выписками из стационара; с изменениями массы тела, объема живота, выраженности отеков. • Ориентация на осложнения. Каждый выявленный признак следует соотносить с возможным осложнением цирроза (асцит, ПЭ, инфекция, ГРС и другие), а не рассматривать изолированно. • Минимальные изменения — клинически значимы. При ЦП объективные физикальные признаки нередко опережают жалобы пациента, особенно на стадии декомпенсации. Незначительная дезориентация, умеренная тахикардия, небольшое снижение диуреза могут быть первыми признаками декомпенсации. • Физикальный осмотр — основа маршрутизации. Результаты осмотра определяют: необходимость дообследования; показания к госпитализации; направление к врачу-специалисту; коррекцию терапии. Данные объективного исследования больного • Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). • Сознание (ясное, спутанное, сопор, кома). • Положение (активное, пассивное, вынужденное с его особенностями). • Телосложение • Рост • Вес • ИМТ • Корригированный ИМТ для пациентов с асцитом с или без отеков • Окружность талии • Тип конституции (нормостеник, астеник, гиперстеник). • Температура тела • Кожа и слизистые оболочки: желтушность кожи, склер, уздечки языка; сосудистые звездочки (телеангиоэктазии), расположенные чаще всего в области плечевого пояса, зоны декольте: пальмарная эритема; петехии и экхимозы вследствие нарушений в системе коагуляции и тромбоцитопении; ксантомы и ксантелазмы, следы расчесов при холестазе; гинекомастия вследствие нарушения метаболизма эстрогенов в печени пациентов с ЦП или в результате нежелательных последствий длительного приема спиронолактона; ломкость и изменение цвета ногтей (белые ногти) и (или) ногти в виде барабанных палочек. На алкогольную этиологию ЦП могут указывать стигмы систематического употребления алкоголя: <i>facies alcoholica</i>, контрактура Дюпюитрена, увеличение околушных слюнных желез, ринофима, расширение сосудов носа и склер, гипергидроз кожи лица и ладоней. Также можно обнаружить расширенные вены передней брюшной стенки (иногда в форме "головы медузы"); асцит и отеки нижних конечностей, которые развиваются в рамках ПГ и (или) печеночной недостаточности. • Лимфатические узлы осмотр и пальпация • Осмотр и пальпация щитовидной железы • Опорно-двигательный аппарат. Степень развития мышц, их тонус и сила. Активная и пассивная подвижность суставов, их деформация, припухлость, болезненность, ограничение функции, хруст при движении. Краткая батарея тестов физической активности (short physical performance battery, SPPB), которая включает тест с подъемом со стула, проверку равновесия и скорости ходьбы в течение 2-3 мин; динамометрию для оценки мышечной силы. Оценить: мышечную массу плечевого пояса и бедер; силу рукопожатия (ориентировочно); походку, устойчивость. Клиническое значение: диагностика саркопении.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• Система органов кровообращения: частота сердечных сокращений, АД (на правой и левой руке). Состояние вен — осмотр и ощупывание вен, набухание шейных вен, венозные коллатерали брюшной и грудной стенки, варикозное расширение вен. Осмотр и ощупывание сердечной области. Аускультация во всех пяти точках выслушивания сердца. Шумы: их характер (систолический, пресистолический, диастолический), локализация, сила, тембр, проведение шумов. • Клиническое значение: тахикардия и низкое АД могут быть признаками гипердинамического типа кровообращения при декомпенсированном ЦП; в сочетании со слабостью, черным стулом могут свидетельствовать о желудочно-кишечном кровотечении; брадикардия с/без артериальной гипотензии у пациентов, принимающих бета-блокаторы или карведилол, свидетельствует о необходимости коррекции их дозы. • Система органов дыхания: форма грудной клетки. Тип дыхания. Равномерность движения грудной клетки при дыхании. Глубина, ритм, частота дыхания в минуту. Одышка и ее характер. Голосовое дрожание на передней, боковой и задней поверхности (симметричность или усиление с одной из сторон). Топографическая перкуссия легких: перкуторное определение нижней границы легочного звука слева и справа по опознавательным линиям. Сравнительная перкуссия легких, характер перкуторного тона в различных симметричных отделах легкого по передней, боковой и задней поверхностям. Аускультация легких: характер дыхательных шумов, хрипы, их локализация, количество, характер (сухие и влажные), крепитация, шум трения плевры. Клиническое значение: притупление перкуторного звука справа → печёночный гидроторакс; одышка → гидроторакс, подозрение на гепатопульмональный синдром или портопульмональную гипертензию. • Система органов пищеварения и брюшной полости. Полость рта — состояние языка (в т.ч. "лакированный язык"), зубов и слизистой. Живот — форма и размеры, симметрия, участие в дыхании, наличие вздутия, грыж, расширения подкожных вен и выбухания брюшной стенки (признаки асцита). Наличие свободной жидкости в брюшной полости (перкуссия, симптом флюктуации). Печень — размеры, выступание из-под реберной дуги, консистенцию, болезненность и характер края. Селезенка — увеличение и болезненность (признак ПГ). Клиническое значение: асцит — один из ключевых маркеров декомпенсации ЦП; спленомегалия признак ПГ; уменьшение размеров печени при прогрессировании ЦП — неблагоприятный признак. • Мочеполовая система. Оценка суточного диуреза. Частота и объем мочеиспускания. Никтурия. У женщин с ЦП нередко наблюдается аменорея, у мужчин, особенно с алкогольной этиологией ЦП, — атрофия яичек и феминизация. Клиническое значение: олигурия у пациентов с декомпенсированным ЦП — клинический признак дисфункции почек. • Нервная система: Особенности походки. Тремор. Диагностика скрытой и явной ПЭ (см. раздел "Иные диагностические исследования", Приложение 7).
		Лабораторные диагностические исследования Цель: • подтверждение наличия и стадии заболевания; • оценка активности заболевания; • оценка синтетической функции печени; • мониторинг динамики заболевания и прогноза; • контроль безопасности и эффективности терапии; • уточнение этиологии цирроза (при неясной причине заболевания). Лабораторные показатели являются основой для расчета прогностических шкал (Child–Pugh, MELD, MELD-Na) и определения тактики ведения пациента. Общие принципы лабораторной диагностики: • Оценка в динамике. Диагностическое и прогностическое значение имеют изменения лабораторных показателей во времени, а не их разовые показатели. • Комплексная интерпретация. Лабораторные данные оцениваются только в совокупности с клинической картиной и результатами физикального обследования. • Ключевая роль прогностических маркеров. Альбумин, МНО, билирубин, креатинин и натрий являются основными лабораторными показателями прогноза ЦП.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом–терапевтом ^{1,4}
		• Оценка функции почек. Даже минимальные изменения креатинина и натрия требуют внимания ввиду высокого риска развития повреждения почек. • Активный поиск осложнений. При ухудшении состояния лабораторные исследования направлены прежде всего на исключение инфекционных осложнений и декомпенсации. • Этиологическая диагностика. Лабораторный скрининг причин цирроза проводится полноценно при первичном выявлении заболевания и не требует регулярного повторения, но может быть проведен при подозрении на развитие другого заболевания печени. На каждом диспансерном приеме • общий (клинический) анализ крови развернутый; • анализ крови биохимический общетерапевтический (креатинин, общий билирубин, альбумин, натрий); • коагулограмма (МНО и/или протромбиновое (тромбопластиновое) время); При декомпенсации ЦП • общий (клинический) анализ крови развернутый; • анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, билирубин общий, билирубин связанный (конъюгированный), креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, глюкоза, натрий); • коагулограмма (международное нормализованное отношение, протромбиновый индекс %, фибриноген, протромбин, протромбиновое (тромбопластиновое) время); Установление этиологии ЦП/появление нового повреждающего фактора Вирусные заболевания печени • определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови; • определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С в крови; • определение антител к вирусу гепатита D в крови — при выявлении HbsAg или наличии в анамнезе HBV инфекции; Аутоиммунные заболевания печени • Иммуноглобулины (IgG, IgA, IgM) • Антиядерные антитела (ANA) • Антитела к гладкой мускулатуре (SMA/ASMA) • Антитела к митохондриям печени и почек (anti-LKM-1) • Антимитохондриальные антитела (AMA M2) Нарушения обмена железа (Гемохроматоз) • Ферритин • Насыщение трансферрина железом Болезнь Вильсона-Коновалова • Церулоплазмин • Медь сыворотки крови • Суточная экскреция меди с мочой Дефицит α1-антитрипсина • α1-антитрипсин Неалкогольная жировая болезнь печени Глюкоза крови Гликированный гемоглобин Липидный профиль Скрининг гепатоцеллюлярной карциномы • определение уровня альфа-фетопротеина — 2 раза в год.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Дополнительные исследования (по показаниям) - Д-димер (исключение активного тромбообразования). - Активированное частичное тромбопластиновое время (контроль эффективности терапии низкомолекулярными гепаринами). - Определение активности антитромбина III (при дефиците данного фактора эффект низкомолекулярных гепаринов может быть неполным или отсутствовать вовсе). - Общий (клинический) анализ мочи (для исключения мочевого инфекции, при повышении уровня креатинина). - Микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность, микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (при подозрении на инфекционный процесс) — трехкратно. - Иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины А и В клостридии (<i>Clostridioides difficile</i>) (при нарушении стула с лихорадкой и неоднократно госпитализированным, получавшим антибактериальные препараты системного действия). - С-реактивный белок. Интерпретация лабораторных исследований у пациентов с ЦП в Приложении 8.
		Инструментальные диагностические исследования Задачи: - оценка выраженности фиброза и ПГ; - выявление осложнений ЦП; - динамическое наблюдение; - скрининг гепатоцеллюлярной карциномы; - определение прогноза заболевания; - оценка показаний к консультации врача хирурга-трансплантолога. Общие принципы инструментальной диагностики Комплексное обследование. Используется сочетание методов визуализации, эндоскопии и функциональных исследований. Регулярность динамического наблюдения. ЦП — прогрессирующее заболевание, поэтому требуется периодический контроль состояния пациента. Риск-ориентированный подход. Объем обследования зависит от: стадии цирроза (компенсированный/декомпенсированный); наличия осложнений; этиологии заболевания, индивидуальных факторов риска. Предпочтение неинвазивных методов. Современные рекомендации подчеркивают приоритет неинвазивных методов оценки фиброза и ПГ. Обследования в рамках ДН: - регистрация электрокардиографии — 1 раз в год (для исключения нарушений ритма сердца, косвенных признаков алкогольной кардиомиопатии и других сочетанных и сопутствующих заболеваний сердца); - УЗИ ОБП — не реже 2 раз в год; - ЭГДС не реже 1 раза в 2 года (при наличии ВРВП и анамнеза ЖКК сроки могут меняться) см. Приложение 8; Обследования по показаниям: - КТ ОБП с внутривенным болюсным контрастированием или МРТ ОБП при подозрении на тромбоз в венах портальной системы или с очаговыми изменениями печени на УЗИ ОБП с целью исключения тромбоза и уточнения генеза очагов или повышения альфа-фетопротеина, или других подозрений на гепатоцеллюлярный рак. Дополнительные методы обследования (при наличии возможности и показаний): транзиентная эластография печени для оценки стадии фиброза: - при жесткости печени <10 кПа цирроз маловероятен, и пациент наблюдается с контролем лабораторных и инструментальных показателей; - при значениях 10-15 кПа вероятен выраженный фиброз, что требует углубленного обследования; - при >15 кПа высока вероятность цирроза, поэтому необходимо обследование для исключения осложнений ЦП (УЗИ ОБП, ЭГДС, оценка функции печени и прогноза заболевания) [8, 9].

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Дополнительно, согласно консенсусу Baveno VII, для стратификации риска варикозных вен и определения необходимости ЭГДС используется сочетание жёсткости печени и уровня тромбоцитов: при жёсткости печени <20 кПа и уровне тромбоцитов >150×10⁹/л риск клинически значимой ПГ и варикозных вен низкий, и ЭГДС может быть отложена; при более высоких значениях показателей требуется проведение ЭГДС [10]. В качестве дополнительного прогностического инструмента может использоваться эластография селезенки — жесткость селезенки ≤40 кПа может свидетельствовать о низком риске варикозных кровотечений. Этот показатель рассматривается как дополнительный прогностический инструмент, но является операторзависимым методом. • рентгеноденситометрия для оценки риска остеопении или степени остеопороза пациентам с ЦП, особенно холестатической или аутоиммунной (на фоне длительной терапии глюкокортикоидами) этиологии, а также при подготовке к трансплантации печени: ВАЖНО! Результаты эластографии печени могут быть ложно завышены при: • наличии асцита; • высоком уровне трансаминаз (>5 норм); • выполнении исследования не натощак; • недостаточном опыте оператора. • контраст-усиленное УЗИ для оценки объемных образований печени в тех случаях, когда имеются противопоказания для проведения КТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием; • биоимпедансметрия, рентгеноденситометрия (ДРА — двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, или DEXA в англоязычной литературе), ультразвуковое исследование мышц (УЗИ мягких тканей (одна анатомическая зона) рекомендовано пациентам с ЦП и клиническими признаками саркопении для оценки мышечной массы. Показания и интерпретация инструментальных методов исследований у пациентов с ЦП в Приложении 9.
		Иные диагностические исследования • Психометрические тесты (связи чисел, число — буква, линии, почерка, арифметический, пересказа) и тест "назови животных" (animal naming test) и другие с целью диагностики скрытой ПЭ. Приложение 10-12. • Исследование уровня аммиака в крови с целью дифференциального диагноза измененного сознания. Предпочтительным считается исследование уровня аммиака в крови с помощью экспресс-метода. <i>Могут применяться дополнительно при наличии показаний и возможности проведения</i> • Измерение окружности мышц средней трети плеча при наличии клинических признаков саркопении для оценки мышечной массы. • Измерение силы мышц кисти (кистевую динамометрию) при наличии клинических признаков саркопении для оценки мышечной силы.
		Биопсия печени (направление в стационар): <i>Показания к биопсии печени:</i> • Сомнительный диагноз, если его уточнение изменит тактику лечения. • Оценка стадии фиброза для определения прогноза и лечения при известном заболевании печени. <i>Абсолютные противопоказания к биопсии печени⁸:</i> • Нарушение гемостаза; склонность к кровотечениям с выраженным нарушением протромбинового времени (тромбопластиновое время <70%, активированное частичное тромбопластиновое время >1,5 верхних границ норм; тромбиновое время >1,5 верхних границ норм, тромбоцитопения <80×10⁹/л) • Тяжелое, коматозное состояние пациента • Перитонит, сепсис • Выраженная портальная, билиарная гипертензия • Недееспособность пациента (ПЭ 3-4 стадии, психическое заболевание), невозможность подписать добровольное информированное согласие.

⁸ Клинические рекомендации "Алкогольная болезнь печени", 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/711_2.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Оценка достижения целевых показателей здоровья - Отсутствие прогрессирования ЦП и развития осложнений (Child-Pugh, MELD, MELD-Na) Приложение 13; - Отсутствие гепатоцеллюлярной карциномы; - Эффективность этиотропной терапии (противовирусная терапия, абстиненция и пр. (см. Соответствующие клинические рекомендации); - Контроль симптомов; - Нормализация белково-синтетической функции печени; - Нормализация аланинаминотрансферазы/аспартатаминотрансферазы; - ИМТ — 18,5-24,9 кг/м², окружность талии — <94 см (мужчины) и <80 см (женщины).
		Оценка риска неблагоприятных событий Оценка тяжести ЦП по шкале Child-Pugh (Приложение 13): - проведение оценки тяжести ЦП рекомендовано у всех пациентов с данным диагнозом. Оценка состояния сознания больного с ПЭ по Тесту связи чисел (Приложение 10): - для определения скрытой ПЭ (минимальной и ПЭ 1 стадии по шкале Вест-Хейвен), которая клинически не проявляется и характеризуется снижением быстроты познавательной деятельности и точности тонкой моторики и для оценки динамики психометрических тестов в процессе лечения. Оценка состояния сознания больного с ПЭ по "Назови животных" (Приложение 11): - для определения скрытой ПЭ (минимальной и ПЭ 1 стадии по шкале Вест-Хейвен), которая клинически не проявляется и характеризуется снижением быстроты познавательной деятельности и точности тонкой моторики и для оценки динамики психометрических тестов в процессе лечения. Оценка стадии ПЭ по шкале Вест-Хейвен (Приложение 12): - для оценки тяжести клинически явной ПЭ (начиная со стадии II Вест-Хейвен). Оценка стадии заболевания печени по индексу MELD и MELD-Na (Приложение 13): - проведение оценки для определения очередности трансплантации печени в листе ожидания. Определение показаний к госпитализации желтуха, явная энцефалопатия (2-я стадия и выше), впервые возникший или медикаментозно неконтролируемый/напряженный асцит, отечный синдром, подозрение на кровотечение, появление/усиление астенического синдрома, олигурия/анурия, подозрение на развитие инфекционного осложнения, появление/усиление одышки, клинические признаки поражения почек (олиго-/анурия). Госпитализация при ЦП может быть плановой и экстренной, в терапевтический или хирургический блок, в отделение интенсивной терапии и реанимации.
		Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния) При формулировке диагноза необходимо указывать все его рубрики, учитывать современные требования законодательства Российской Федерации и принципы кодирования согласно правилам международной статистической классификации болезней 10 пересмотра: - основное заболевание - конкурирующее заболевание (при наличии) - сочетанное заболевание (при наличии) - фоновое заболевание (при наличии) - осложнения основного заболевания (конкурирующего, сочетанного, фонового заболеваний — при наличии) - сопутствующие заболевания (при наличии) Структура развернутого диагноза: Основное заболевание: ЦП (морфологическая форма, если установлена). Этиология: вирусный (В, С, D), алкогольный, криптогенный, билиарный, аутоиммунный и др. Функциональный класс: по шкале Чайлд-Пью (А, В или С). MELD/MELD-Na Стадия: компенсация, декомпенсация ПГ

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Осложнения: асцит (степень ICA), ВРВП/желудка, спленомегалия с синдромом гиперспленизма. печеночно-клеточная недостаточность: желтуха, гипоальбуминемия, коагулопатия. ПЭ: стадия. прочие: гепаторенальный синдром, спонтанный бактериальный перитонит и др. Примеры формулировок: Алкогольный ЦП, класс А по Чайлд-Пью (5 баллов), MELD=6, компенсация, ПГ (ВРВП 1 ст.). ЦП вирусной этиологии (ПЦР HCV положит от дата анализа), класс В по Чайлд-Пью, MELD=16, декомпенсация. ПГ: асцит, спленомегалия. ПЭ 1 ст.
		Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий Проведение индивидуального КПК Проведение КПК и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи⁴. В рамках КПК пациент должен получить общие рекомендации (основы здорового образа жизни) и, в зависимости от имеющихся ФР, краткие рекомендации по конкретным ФР. КПК ограничено по времени (не >10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме [11]: • разъяснение результатов обследования и рекомендации, выдача информационных материалов/памяток при необходимости • информирование о необходимости регулярных визитов в рамках ДН не реже 1 раза в 3–4 мес. (по показаниям — чаще), о рекомендуемых для пациента целевых уровнях показателей состояния здоровья, о возможности получения углубленного профилактического консультирования группового/индивидуального (при наличии) • с целью экономии средств и рабочего времени медперсонала и пациента целесообразно первое проведение в текущем году диспансерного осмотра (приема) совмещать с приемом (осмотром) пациента, проводимого в рамках профилактического медицинского осмотра или диспансеризации • назначение даты следующего диспансерного приема. Направление на вакцинацию ВАЖНО! Вакцинация не противопоказана пациентам с ЦП и должна быть рекомендована как можно раньше. Рекомендовать пациенту иммунизацию согласно национальному календарю профилактических и календарю профилактических прививок по эпидемическим показаниям, возможных поствакцинальных реакциях и осложнениях, а также последствиях отказа от иммунизации⁹. • против гриппа — ежегодно, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • от пневмококковой инфекции, особенно пациентам старше 65 лет и с наличием других ХНИЗ для снижения риска смерти; • проверка/составление индивидуального плана вакцинопрофилактики, при наличии показаний и согласии пациента направление в прививочный кабинет для проведения иммунизации [12].

⁹ Приказ Минздрава России от 06 декабря 2021 г. № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" СПС Консультант Плюс.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		Неиммунизированным реципиентам, ожидающим трансплантацию солидных органов, с целью снижения риска инфекционных осложнений в послеоперационном периоде на фоне иммуносупрессивной терапии, рекомендовано проводить плановую вакцинацию на этапе ожидания донорского органа с целью формирования защитных антител. Трансплантацию солидных органов (комплекса) рекомендовано выполнять не ранее, чем через 4 нед. от момента последней вакцинации живыми и инактивированными вакцинами при отсутствии экстренных показаний к трансплантации. Основные принципы применения вакцин для плановой иммунизации и по эпидемическим показаниям со сроками возможной трансплантации рассмотрена в методических рекомендациях "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов"¹⁰.
		Назначение (корректировка) немедикаментозного и медикаментозного лечения (Приложение 14-19) Назначение (корректировка) медикаментозного лечения проводится согласно клиническим рекомендациям по заболеванию (состоянию), по поводу которого больной состоит на ДН, а также с учетом рекомендаций врачей-специалистов (при наличии таких рекомендаций). Немедикаментозная терапия • Рекомендации по питанию (Приложение 14, 15) • Отказ от употребления алкоголя • Отказ от употребления табака • Физическая активность Медикаментозная терапия Этиологическая терапия • Противовирусная терапия (гепатит В и С) • Абстиненция (алкогольный ЦП) [7]. • НАЖБП (модификация образа жизни) Патогенетическая терапия • Иммуносупрессивная терапия (аутоиммунный гепатит) • Урсодезоксихолевая кислота (первичный билиарный холангит) • Д-пеницилламин (синдром Вильсона-Коновалова) • Флеботомия/хелаторная терапия (гемогроматоз) и пр. Терапия осложнений ЦП • Асцит (Приложение 16) • ПГ (ВРВП и желудка) (Приложение 17) • ЖКК • Тромбоцитопения • Спонтанный бактериальный перитонит • ПЭ (Приложение 19) • ОПП, ГРС-ОПП • Гепатопульмональный синдром • Портопульмональная гипертензия • Инфекционные осложнения • Саркопения (Приложение 18) • Гепатоцеллюлярная карцинома • Электролитные нарушения

¹⁰ Письмо Минздрава России от 13.06.2025 № 30-0/И/2-11677 "О направлении методических рекомендаций "Иммунизация иммунокомпрометированных пациентов". https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_526326.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ–10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		ВАЖНО! Не все случаи повреждения почек при ЦП являются ГРС–ОПП Повреждение почек при ЦП чаще всего представлено преренальной острой почечной недостаточностью, ГРС–ОПП и острым тубулярным некрозом, реже встречаются гломерулярные поражения и хроническая болезнь почек. Дифференциальная диагностика основана прежде всего на клиническом контексте и ответе на терапию: при преренальной ОПП обычно выявляется гиповолемия и наблюдается улучшение функции почек после отмены диуретиков и введения альбумина; при ГРС характерны декомпенсированный цирроз с асцитом, низкий натрий мочи и "чистый" осадок мочи; при острым тубулярным некрозе чаще имеются сепсис или гипотензия, повышенный натрий мочи и патологический осадок. Тактика ведения включает первоначальную отмену диуретиков и нефротоксичных препаратов и пробную инфузию альбумина; при улучшении функции почек диагностируется преренальное ОПП, при отсутствии ответа и типичной картине — ГРС (показаны альбумин и вазоконстрикторы), а при признаках органического поражения проводится лечение острого тубулярного некроза и осложнений. Терапия синдромов и симптомов • Анемия [13] • Зуд • Мышечные судороги
		ТП При наличии у пациента медицинских показаний (состояний), требующих консультации по вопросу оказания медицинской помощи по трансплантации, медицинская организация, выявившая соответствующие показания у пациента, направляет его с выпиской из медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного) в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по трансплантации¹¹, в том числе с применением телемедицинских технологий¹². Решение о необходимости трансплантации органа и (или) ткани и о включении пациента в лист ожидания трансплантации трупного органа и (или) ткани принимается врачебной комиссией в составе лечащего врача, врача-хирурга, врача-анестезиолога-реаниматолога, а при необходимости — врачей других специальностей, на основании проведения очной консультации, а при необходимости — дополнительного обследования на основе установленных стандартов медицинской помощи¹⁰. Показания к ТП Терминальная или фульминантная печеночная недостаточность, а также развитие осложнений ЦП, резистентных к стандартной терапии: — Тяжелое нарушение функции печени: индекс MELD-Na ≥ 15 баллов — Резистентные осложнения ЦП (при любом уровне MELD): ◦ Рефрактерный асцит/гидроторакс ◦ Рецидивирующая или хроническая ПЭ ◦ Рецидивирующие варикозные кровотечения при отсутствии альтернатив лечения ◦ ГРС–ОПП независимо от ответа на вазопрессоры ◦ Гепатопульмональный синдром с $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт.ст. ◦ Спонтанный бактериальный перитонит/инфицированный гидроторакс ◦ Гепатоцеллюлярный рак, соответствующий критериям трансплантативности (BCLC) ◦ Нестерпимый холестатический зуд, который значительно снижает качество жизни пациентов и повышает риск суицида. Абсолютные противопоказания к ТП: • ВИЧ на стадии СПИДа ($\text{CD4} < 150$ кл/мкл). • Внепеченочное или инвазивное (сосудистая инвазия) распространение гепатоцеллюлярной карциномы. • Активные онкологические заболевания (внепеченочные).

¹¹ Приказ Минздрава России от 31 октября 2012 г. № 567н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)" (с изменениями и дополнениями) <https://base.garant.ru/70291240/>.

¹² Приказ Минздрава России от 11.04.2025 N 193н "Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". СПС Консультант Плюс.

Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		• Активные внепеченочные инфекции (например, туберкулез). • Неконтролируемые зависимости (алкогольная, наркотическая). • Тяжелые психические заболевания, препятствующие соблюдению послеоперационных рекомендаций. • Некорригируемая тяжелая ишемическая болезнь сердца. • Тяжелая полиорганная патология, исключающая изолированную ТП. • Легочная артериальная гипертензия >45 мм рт. ст. на фоне терапии. <i>Относительные противопоказания (требуют углубленного обследования/коррекции):</i> • Возраст >60 лет, ожирение (ИМТ >35), выраженный дефицит питания (нужна преабилитация). • Тромбоз воротной вены (стадии Yerdel 3-4) — решение принимается индивидуально в специализированном центре. • Алкогольный ЦП: стандартно требуется 6-месячная абстиненция. Отобранным пациентам с тяжелым алкогольным гепатитом, не отвечающим на стероиды, ТП может быть рассмотрена досрочно при условии комплексной реабилитационной поддержки. • Онкологические заболевания в анамнезе: возможность и сроки ТП определяются индивидуально (консилиум онколога и трансплантолога). <i>Дополнительные рекомендации:</i> • Всем кандидатам на ТП необходим регулярный скрининг и коррекция нутритивного статуса/саркопении для улучшения послеоперационных исходов, Приложение 18. Уточнение факта приема лекарственных средств, а также прочих препаратов при наличии показаний к их применению. Определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выявление причин невыполнения ранее назначенного лечения (Приложение 20, 21). Направление на консультацию к врачам-специалистам по медицинским показаниям, в том числе с применением телемедицинских технологий: Консультации врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий¹¹: • прием (осмотр, консультация) врача — психиатра-нарколога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — онколога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — эндокринолога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — офтальмолога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — хирурга по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — гинеколога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — уролога по медицинским показаниям; • прием (осмотр, консультация) врача — инфекциониста по медицинским показаниям. Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации) Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение¹³ <i>Диагноз</i> • Фиброз печени (K74.0) • Склероз печени (K74.1) • Первичный билиарный цирроз (K74.3)

¹³ Приказ Минздрава России от 27 марта 2024 г. № 143н "Об утверждении классификации природных лечебных ресурсов, указанных в пункте 2 статьи 2.1 Федерального закона от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ "О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах", их характеристик и перечня медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации с применением таких природных лечебных ресурсов" СПС Консультант Плюс.

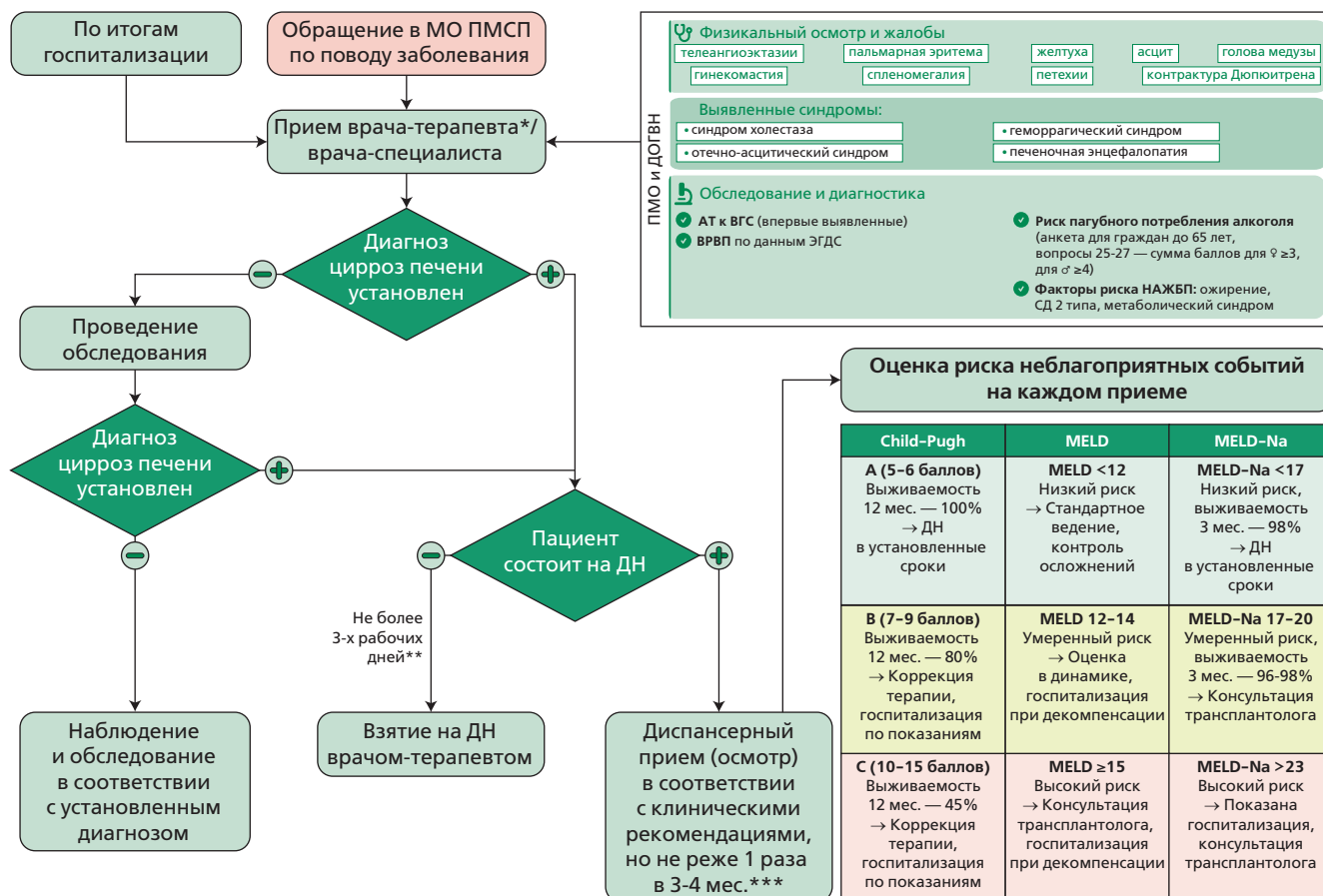
Таблица 2. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁴	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом ^{1,4}
		<i>Форма, стадия, фаза, степень тяжести заболевания</i> • Фиброз, склероз и ЦП без признаков декомпенсации (то есть класс А по Чайлд-Пью), при нормальных показателях уровня ферментов, без желтухи и признаков печеночной недостаточности <i>Природные лечебные ресурсы</i> • Лечебный климат
		Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации) • выдача рекомендаций, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, письменного плана неотложных действий и самопомощи при развитии жизнеугрожающих состояний; • информирование о необходимости регулярного диспансерного приема (осмотра, консультации) в рамках ДН; • информирование о дате следующего диспансерного приема (осмотра, консультации); • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодного профилактического медицинского осмотра.
		Оформление медицинской документации • формы № 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма № 057 "Направление для оказания медицинской помощи" (при необходимости) • внесение информации о результатах диспансерного приема (осмотра, консультации) в электронную медицинскую карту медицинской информационной системы.

Сокращения: АД — артериальное давление, ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ГРС — гепаторенальный синдром, ГРС-ОПП — гепаторенальный синдром с острым повреждением почек, ДН — диспансерное наблюдение, ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение, ИМТ — индекс массы тела, КПК — краткое профессиональное консультирование, КТ — компьютерная томография, МНО — международное нормализованное отношение, МРТ — магнитно-резонансная томография, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ОБП — органы брюшной полости, ОПП — острое повреждение почек, ПГ — портальная гипертензия, ПЭ — печеночная энцефалопатия, ПЦР — полимеразная цепная реакция, СКТ — спиральная компьютерная томография, ТП — трансплантация печени, УЗИ — ультразвуковое исследование, ФР — факторы риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ЦП — цирроз печени, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия.

Приложение 1

Алгоритм ведения пациента с ЦП в условиях первичной медико-санитарной помощи



Примечание: * — врач-терапевт — врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-терапевт участковый цехового врачебного участка, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 27.03.2025 № 155н; ** — Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов"; *** — в соотв. с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н.

Сокращения: АТ — антитела, ВГС — вирус гепатита С, ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ДН — диспансерное наблюдение, ДОГВН — диспансеризация определенных групп взрослого населения, МО — медицинская организация, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, ПМО — первичный медицинский осмотр, ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СД — сахарный диабет, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия.

Приложение 2

Алгоритм диагностики и ДН пациентов с ЦП

Этап 1. Подозрение на цирроз печени

Жалобы (чаще бывает комбинация симптомов и синдромов)	Физикальный осмотр (чаще бывает комбинация симптомов и синдромов)
 - синдром холестаза - геморрагический синдром - отечно-асцитический синдром - признаки печеночной энцефалопатии	- телеангиоэктазии - гинекомастия у мужчин - пальмарная эритема - голова медузы - желтуха - асцит (феномен флюктуации) - следы расчесов - петехии и экхимозы - атрофия яичек - facies alcoholica - контрактура Дюпюитрена - увеличение околоушных слюнных желез ↑/↓ размеров печени - плотный, бугристый край печени - спленомегалия

Этап 2. Обследование для уточнения диагноза

Лабораторная диагностика

Оценка функции печени и поражение паренхимы:

- ОАК
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, общий и непрямой билирубин, общий белок, альбумин, креатинин, глюкоза, натрий)
- Коагулограмма

Инструментальная диагностика

- УЗИ ОБП (нодулярность поверхности печени (неровный контур), неоднородная эхогенность паренхимы, гипертрофия хвостатой доли, ↓ правой доли печени, спленомегалия, расширение портальной вены (>13 мм), наличие коллатералей, реканализация пупочной вены, асцит, гребенчатость (волнообразность) желчного пузыря и нижней полой вены, плотный и тупой край печени)
- ЭГДС (ВРВП, портальная гастропатия)
- МРТ/СКТ ОБП с в/в контрастированием (по показаниям, тромбоз портальной вены, очаговое образование печени)
- Транзиентная эластография печени (при жесткости печени <10 кПа цирроз маловероятен; при значениях 10-15 кПа вероятен продвинутый фиброз; при >15 кПа высока вероятность цирроза)

Уточнение этиологии ЦП

- Алкогольная болезнь печени (анамнез, стигмы алкоголизации, АСТ > АЛТ, ↑ГГТП, макроцитоз/гиперхромия эритроцитов, ↑IgA)
- Маркеры вирусных гепатитов (АТ сумм. HCV, HbsAg)
- Аутоиммунный гепатит (электрофорез белков, IgG, ANA, ASMA)
- Первичный билиарный холангит (AMA M2, ↑IgM)
- Первичный склерозирующий холангит (МРХПГ/ЭРХПГ — стриктуры желчных протоков)
- НАЖБП/МАЗБП (ожирение, предиабет, СД 2 типа, гиперхолестеринемия)
- Ишемический гепатит (ХСН, дислипидемия)
- Лекарственное поражение печени (метотрексат, амиодарон, метилдопа, витамин А и др.)
- Гемохроматоз (↑ферритин, ↑НТЖ)
- Болезнь Вильсона-Коновалова (↓церулоплазмина, ↑суточной экскреции меди с мочой)
- Дефицит альфа-1-антитрипсина (↓ альфа-1-антитрипсина)
- Синдром Бадда-Киари (тромбоз печеночных вен по данным доплерографии/СКТ или МРТ с в/в контрастированием)

Стадирование и стратификация

- Оценка по шкалам Чайлд-Пью, MELD, MELD-Na

Этап 3. Диспансерное наблюдение

Постановка в течение 3-х дней с момента установления диагноза, кратность в соответствии с клиническими рекомендациями, но не реже 1 р/3-4 мес.

I. Расспрос пациента: сбор жалоб, сбор анамнеза	
II. Объективные исследования: физикальное, лабораторные, инструментальные	
III. Оценка достижения целевых показателей здоровья	
IV. Оценка риска неблагоприятных событий	- Действия врача в зависимости от баллов Child-Pugh - Child-Pugh A (5-6 баллов) - B (7-9 баллов) - C (10-15 баллов)
	Действия врача в зависимости от баллов MELD <12: Ведение стандартное: контроль осложнений, профилактика, допустимы плановые хирургические Плановые посещения в рамках ДН MELD 12–14: риск умеренный. Требуется усиленный мониторинг, оценка динамики MELD. При появлении признаков декомпенсации (асцит, энцефалопатия, кровотечение) госпитализация. MELD ≥15: Пациент должен быть направлен на консультацию трансплантолога. MELD >20: риск смерти крайне высок. Требуется госпитализация.
	Действия врача в зависимости от баллов MELD-Na: MELD-Na <12–14 (низкий риск): Показано стандартное ведение: регулярный мониторинг функции печени, профилактика и лечение осложнений, плановые хирургические вмешательства допустимы. Рекомендуется наблюдение в амбулаторных условиях MELD-Na 15–20 (умеренный риск): Требуется усиленный мониторинг, ранняя оценка для трансплантации печени, активное выявление и лечение осложнений (асцит, энцефалопатия, кровотечение). Следует инициировать консультацию трансплантационного центра, особенно при признаках декомпенсации MELD-Na >20 (высокий риск): Показана госпитализация, направление в центр трансплантации MELD-Na >30 (очень высокий риск): Пациенту требуется приоритетная трансплантация печени, обсуждение паллиативной помощи.
V. Оценка результатов консультаций врачей-специалистов	
VI. Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния)	
VII. Назначение по медицинским показаниям профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий	Проведение индивидуального краткого профилактического консультирования
	Направление на вакцинацию (в соответствии с Приказом Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н)
	Назначение (корректировка) медикаментозного лечения
	Направление на консультацию к врачам-специалистам по медицинским показаниям, в том числе с применением ТМТ (гастроэнтеролог, хирург (в т.ч. по поводу трансплантации, онколог, инфекционист)
	Определение наличия показаний для направления в отделение (кабинет) медицинской реабилитации/на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации) Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приказ Минздрава России от 27.03.2024 № 143н)
VIII. Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного приема (осмотра, консультации)	
IX. Оформление медицинской документации	
Определение показаний к плановой/экстренной госпитализации (на каждом осмотре)	

Сокращения: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АТ — антитела, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ГТПП — гамма-глутамилтранспептидаза, ДН — диспансерное наблюдение, МАЖБП — метаболически ассоциированная жировая болезнь печени, МРТ — магнитно-резонансная томография, МРХПГ — магнитно-резонансная холангиопанкреатография, НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени, НТЖ — насыщение трансферрина железом, ОАК — общий анализ крови, ОБП — органы брюшной полости, СД — сахарный диабет, СКТ — спиральная компьютерная томография, ТМТ — телемедицинские технологии, УЗИ — ультразвуковое исследование, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЩФ — щелочная фосфатаза, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия, ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

Приложение 3

Анкета-опросник для оценки характера употребления алкоголя "AUDIT"

Количество баллов					
0	1	2	3	4	
1 Как часто Вы употребляете спиртные напитки?					Баллы
Никогда	Один раз в месяц и реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 и более раз в неделю	☐
2 Сколько Вы обычно выпиваете в день?					
30-60 мл. 40% водки, или 75-150 мл. 17-20% крепленого вина, или 75-150 мл. 11-13% сухого вина, или 250 мл.- 1 бутылка 5% пива	90-120 мл. 40% водки, или 225-300 мл. 17-20% крепленого вина, или 300-400 мл. 11-13% сухого вина, или 1.5-2 бутылки 5% пива	90-120 мл. 40% водки, или 225-300 мл. 17-20% крепленого вина, или 300-400 мл. 11-13% сухого вина, или 1.5-2 бутылки 5% пива	210-240 мл. 40% водки, или 525-600 мл. 17-20% крепленого вина, или 700-1000 мл. 11-13% сухого вина, или 3.5-4 бутылки 5% пива	более 300 мл. 40% водки, или более 750 мл. 17-20% крепленого вина, или более 1000 мл. 11-13% сухого вина, или более 5 бутылок 5% пива	☐
3 Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одного дня?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
4 Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
5 Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
6 Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром для устранения похмелья?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
7 Как часто за последний год у Вас возникало чувство вины на следующий день после употребления алкоголя?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
8 Как часто за последний год Вы были не способны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?					
Никогда	Менее 1 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю	Ежедневно или почти ежедневно	☐
9 Являлось ли когда-либо употребление Вами алкоголя причиной телесных повреждений у Вас или других людей?					
Никогда	-	Да, но это было более, чем год назад	-	Да, в течение этого года	☐
10 Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый или доктор проявлял озабоченность по поводу употребления Вами алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?					
Никогда	-	Да, но это было более, чем год назад	-	Да, в течение этого года	☐

Ключ (интерпретация):

Количество баллов	Интерпретация	Действие врача
0-7	Относительно безопасное употребление алкоголя	Рекомендовать не увеличивать объем потребляемого алкоголя
0-7	Избыточное потребление алкоголя	Рекомендовать снизить объем потребляемого алкоголя
16-19	Потребление алкоголя в опасных объемах	Строго рекомендовать снизить объем потребляемого алкоголя, проводить мониторинг потребления алкоголя и зависимых от алкоголя поражений
20-40	Зависимость от алкоголя высоко вероятна	Направить к наркологу

Приложение 4

Анкета-опросник для оценки характера употребления алкоголя "RUS-AUDIT"

Количество баллов					
0	1	2	3	4	
1 Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?					Баллы
Никогда	Раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще	☐
2 Сколько алкогольных напитков (стандартных порций)					
1-2 СП	3-4 СП	5-6 СП	7-9 СП	10 или больше СП	☐
3 Как часто Вы употребляете как минимум полтора литра пива, или как минимум 180 мл крепкого алкоголя, или как минимум бутылку					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
4 Как часто за последние 12 месяцев Вы не могли остановиться, начав употреблять алкогольные напитки?					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
5 Как часто за последние 12 месяцев из-за выпивки Вы не сделали то, что от Вас обычно ожидалось?					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
6 Как часто за последние 12 месяцев Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после выпивки (опохмелиться)?					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
7 Как часто за последние 12 месяцев Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
8 Как часто за последние 12 месяцев Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?					
Никогда	Реже одного раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	☐
9 Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?					
Никогда	-	Да, более 12 месяцев назад	-	Да, в течение последних 12 месяцев	☐
10 Случалось ли, что Ваш близкий человек или родственник, друг или врач беспокоился насчет употребления Вами алкоголя или советовал выпивать меньше?					
Никогда	-	Да, более 12 месяцев назад	-	Да, в течение последних 12 месяцев	☐
Укажите количество баллов					☐
Максимальное количество баллов 40					

СП — стандартная порция.

Ключ (интерпретация):

Зона риска	Количество баллов		Уровень риска	Тактика медицинского работника
	Женщины	Мужчины		
Зона I	0-4	0-8	Относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя.	Информационные материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье.
Зона II	5-9	9-13	Опасное употребление алкоголя — употребление алкоголя, которое увеличивает риск возникновения вредных последствий для человека или для окружающих его людей.	Материалы о неблагоприятном влиянии алкоголя на здоровье. Совет по ограничению потребления алкоголя.
Зона III	10	14-16	Пагубное употребление алкоголя — употребление алкоголя, которое приводит к последствиям для физического и психического здоровья.	Краткое вмешательство/ консультирование и наблюдение в звене первичной медико-санитарной помощи.
Зона IV	11 и более	17 и более	Риск возможной алкогольной зависимости.	Дальнейшее обследование, возможное направление к специалисту наркологу.

Чтобы ответить на вопрос № 2 RUS-AUDIT, используйте таблицу перевода объемов алкогольных напитков в стандартные порции алкоголя.

Выберите тип алкоголя и объем напитка; затем обведите соответствующее количество стандартных порций и баллов. Если в обычный день вы пьете разные алкогольные напитки, выберите все объемы употребляемых алкогольных напитков, сложите количество стандартных порций и отметьте соответствующий балл.

Приложение 5

Таблица для перевода алкогольных напитков в стандартные порции алкоголя (СП)

Сколько алкогольных напитков (стандартных порций) Вы употребляете в типичный день, когда выпиваете?
Стандартная порция (СП) содержит 10 г этилового спирта. На картинках представлены примеры одной СП.
Если в типичный день Вы употребляете несколько разных алкогольных напитков, то суммируйте число СП.

Маленький бокал вина или шампанского, 100 мл Крепость 12-13% 	Половина кружки пива, 250 мл Крепость 4,5-5% 	Бокал крепленого вина, 60 мл Крепость 16-22% 	Маленькая рюмка крепкого алкоголя, 30 мл Крепость 40% 	
Вы можете использовать таблицу для перевода миллилитров алкогольных напитков в СП.				
Вино или шампанское	Пиво	Крепленое вино	Крепкий алкоголь	
до 250 мл	до 650 мл	до 170 мл	до 80 мл	1-2 СП
251-450 мл	651-1 200 мл	171-300 мл	81-140 мл	3-4 СП
451-660 мл	1 201-1 750 мл	301-430 мл	141-210 мл	5-6 СП
661-970 мл	1 751-2 500 мл	431-640 мл	211-300 мл	7-9 СП
более 970 мл	более 2 500 мл	более 640 мл	более 300 мл	10 СП и больше

Приложение 6

Модифицированный тест для оценки вероятности хронического злоупотребления алкоголем "Сетка LeGo"

№ п/п	Признак
1	Ожирение или дефицит массы тела
2	Транзиторная артериальная гипертензия
3	Тремор
4	Полинейропатия
5	Мышечная атрофия
6	Гипергидроз кожи лица, ладоней
7	Гинекомастия
8	Увеличение околоушных желез
9	Контрактура Дюпюитрена
10	Венозное полнокровие конъюнктивы
11	Гиперемия лица с расширением сети подкожных капилляров (симптом "банкноты")
12	Гепатомегалия
13	Телеангиэктазии
14	Пальмарная эритема
15	Следы травм, ожогов, костных переломов, отморожений
16	Поведенческие реакции

Ключ (интерпретация):

Наличие от 1 до 3 признаков данного теста указывает на то, что пациент, возможно, употребляет алкоголь в малых дозах; 7 и более признаков, обнаруженных одновременно у одного пациента, позволяют предположить наличие у него хронической алкогольной интоксикации, но не дают основания для выставления диагноза алкогольной болезни печени.

Приложение 7

ЧЕК-ЛИСТ "Осмотр пациента с циррозом печени"

ФИО _____		Дата _____				
☐	Собраны жалобы (общие (астенический синдром), холестатический синдром, портальная гипертензия, диспепсические жалобы, признаки желудочно-кишечного, кровотечения, геморрагический синдром, болевой синдром, признаки печеночной энцефалопатии, признаки саркопении, другие синдромы)					
☐	Собран анамнез заболевания Дата/период начала болезни _____ Характер начала: внезапное или постепенное. Первые проявления (симптомы)					
☐	Состояние перед заболеванием: • Предполагаемая/подтвержденная причина: • Наличие сопутствующих заболеваний: в том числе другие заболевания печени, вирусные гепатиты (В, С, D), обструкция желчевыводящих путей. • сопутствующие заболевания: СД, ожирение/метаболический синдром, ВИЧ, АГ, гиперлипидемия, перегрузка железом, дефицит альфа-1-антитрипсина и др. • Наличие аутоиммунных заболеваний: аутоиммунный тиреоидит, ВЗК, синдром Шегрена и т.д.					
☐	Лекарственный анамнез: • Все принимаемые ЛС (по назначению и без, полипрагмазия) • Препараты с потенциально гепатотоксичным действием • Прием БАДов, витаминов, препаратов растительного происхождения					
☐	Течение заболевания: • Последовательность развития симптомов • Периоды обострений и ремиссий					
☐	Результаты ранее проведенных исследований: • Лабораторные анализы • Инструментальные методы (УЗИ, ЭГДС, СКТ и др.)					
☐	Ранее проводимая терапия: • Какое лечение получал, оценка эффективности					
☐	Перенесенные заболевания и травмы, контузии ранения					
☐	Привычные интоксикации: курение, злоупотребление алкоголем (количество, частота, давность употребления; результаты скрининга (AUDIT/RUS-AUDIT), наркотики, как часто и с какого возраста					
☐	Гинекологический анамнез:					
☐	Наследственность:					
☐	Аллергологический анамнез:					
☐	Эпидемиологический анамнез:					
☐	Страховой анамнез:					
Осмотр пациента						
АД=	ЧСС=	ЧДД=	Окружность талии _____ см	Рост _____ см Вес _____ кг ИМТ= _____ кг/м ²	Суточный диурез=	Т тела _____ °С
☐	Общее состояние и витальные функции (общее состояние, сознание, положение, тип конституции)					
☐	Кожа, слизистые, видимые покровы (цвет, сосудистые изменения, геморрагии, другие признаки: ксантомы/ксантелазмы, следы расчесов, гипергидроз (лица, ладоней), отеки					
☐	Лимфатические узлы и щитовидная железа					
☐	Опорно-двигательный аппарат и мышечная система Осмотр: развитие мышц, тонус, деформация/припухлость суставов Функция суставов: подвижность, болезненность, хруст Мышечная сила (динамометрия/рукопожатие): _____ кг Оценка саркопении: • Мышечная масса плечевого пояса и бедер (редукция/норма) • Тест SPPB или оценка походки и равновесия					

☐	Система органов кровообращения Осмотр: набухание шейных вен, венозные коллатерали ("голова медузы"), варикоз Пальпация и аускультация сердца: точка максимального толчка, шумы (характер, локализация, проведение)
☐	Система органов дыхания Одышка: есть/нет, характеристика Осмотр: форма грудной клетки, тип дыхания, симметричность Перкуссия: сравнительная, топографическая (нижние границы легких) Аускультация: характер дыхания, хрипы (сухие/влажные), крепитация, шум трения плевры
☐	Система органов пищеварения и брюшная полость Полость рта: язык, состояние зубов, десен Осмотр живота: форма, симметричность, участие в дыхании, состояние кожи, расширенные вены, пупок Поверхностная пальпация: болезненность, мышечное напряжение, грыжи Глубокая пальпация: кишечник, желудок, поджелудочная железа (зона по Гротту) Асцит: нет, есть (степень 1 2 3) Перкуссия в горизонтальном/латеральном положении Феномен флюктуации Печень: Перкуссия по Курлову: размеры _____ см Пальпация: выступание из-под реберной дуги _____ см, консистенция, край, болезненность Желчный пузырь: пальпация, симптомы Мерфи, Ортнера Селезенка: Перкуссия по Курлову: размеры _____ см Пальпация: выстояние из-под реберной дуги _____ см, консистенция, болезненность
☐	Мочеполовая система Почки: пальпация, поколачивание по поясничной области (симптом Пастернацкого) Наружные половые органы: атрофия яичек, признаки феминизации
☐	Нервная система и психический статус Психическое состояние: адекватное, заторможенное, возбужденное Оценка когнитивных функций: нейропсихологическое тестирование (тест связи числа, тест "назови животное" и так далее) Вегетативная нервная система: акроцианоз, потливость, сальность кожи Рефлексы: сухожильные, кожные, патологические Тремор: (есть/нет, характеристика) Печеночная энцефалопатия: стадия по Вест-Хейвен/степень тяжести

Приложение 8

Интерпретация лабораторных анализов у пациента с ЦП¹ [13]

Общий анализ крови				
Показатель	Направление изменений	Синдром/Симптом	Возможные причины при циррозе	Тактика врача
Гемоглобин (Hb)	↓	Анемический	• анемия хронических заболеваний; • оккультные/явные кровотечения (в т.ч. из ЖКТ); • дефицит фолатов и В₁₂ (чаще всего при алкогольном ЦП)	1. Оценить тяжесть анемии: ▪ 90-110 г/л — легкая; ▪ 90-70 г/л — средняя; ▪ менее 70 г/л — тяжелая. При тяжелой анемии показана госпитализация пациента. 2. Оценить MCV, MCH, MCHC, RDW 3. Исключить ЖКК (как явное, так и оккультное) При наличии клиники ЖКК на приеме — показана экстренная госпитализация. 4. В зависимости от изменений требуется дообследование для уточнения анемического синдрома: ферритин, В ₁₂ , фолаты (в соответствии с клиническими рекомендациями по анемии), анализ кала на скрытую кровь, проведение эзофагодуоденоскопии/колоноскопии и других методов исследования по показаниям.
	↑	Гемоконцентрация	Дегидратация • (прием диуретиков)	Коррекция ОЦК
Эритроциты (RBC)	↓	Анемический	• анемия хронических заболеваний; • оккультные/явные кровотечения (в т.ч. из ЖКТ); • дефицит фолатов и В₁₂ (чаще всего при алкогольном ЦП) гиперспленизм	Интерпретировать вместе с Hb, уровнем тромбоцитов и лейкоцитов
	↑	Эритроцитоз	• курение • хроническая гипоксия (хроническая обструктивная болезнь легких, дыхательная недостаточность, синдром обструктивного апноэ сна и др.) • истинная полицитемия	• Исключить относительный эритроцитоз (повышение гематокрита) • При подозрении на истинную полицитемию (стойкое повышение уровня эритроцитов выше 165 г/л у мужчин и 160 у женщин, гематокрит выше 49% у мужчин и 48% у женщин) консультация гематолога
MCV	↑	Макроцитарная анемия	• алкогольная интоксикация; • дефицит фолатов/В₁₂; • токсическое поражение костного мозга (цитостатики, антиретровирусные препараты, противосудорожные препараты и др.)	Уточнение причины макроцитоза: В ₁₂ , фолаты; коррекция дефицитов Макроцитоз может проявляться изолированно без снижения уровня гемоглобина

	↓	Микро- цитарная анемия	• дефицит железа, в т.ч. в результате оккультных кровотечений • альфа и бета талассемия • анемия хронических заболеваний • интоксикации (свинец, цинк)	Интерпретировать вместе с Hb, MCH, MCHC, RDW 1. Уточнить причины микроцитоза — ферритин, другие показатели обмена железа 2. При подтверждении железодефицитных состояний уточнить причину, в т.ч. исключить явные и оккультные ЖКК 3. Показатели ферритина у пациентов с циррозом могут быть ложно завышены, в связи с чем предпочтительно оценивать ферритин с другими показателями обмена железа 4. При исключении железодефицитных состояний следует рассмотреть альтернативные причины микроцитоза Индекс Ментцера — это расчетный показатель (MCV/RBC), используемый для дифференциации микроцитоза, при котором значение <13 характерно для талассемии, а >13 — для железодефицитной анемии.
Среднее содержание и средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах (MCH и MCHC, соответственно)	↑	Гиперхромия	• алкогольная интоксикация; • дефицит фолатов/ B_{12};	1. Уточнение причины макроцитоза: B_{12}, фолаты; 2. коррекция дефицитов при обнаружении
	N	Нормохромия	• Может встречаться как в норме, так и при анемии	Интерпретировать вместе с Hb, MCV, RDW
	↓	Гипохромия	• железодефицитные состояния • анемия хронических заболеваний • сидеробластная анемия	1. Оценить MCV 2. При наличии признаков микроцитарной, гипохромной анемии исключение дефицита железа (ферритин и другие показатели железа)
Ширина распределения эритроцитов (RDW)	↑	Анизоцитоз	• железодефицитные состояния • дефицит B_{12}/фолатов • состояние после ЖКК • смешанные анемии	Интерпретация в комбинации с MCH, MCHC, MCV, что помогает в дифференциальном поиске (наиболее вероятные причины): • ↓ MCH + ↓ MCHC + ↑ RDW Железодефицитная анемия • ↓ MCH + N RDW Талассемия • N MCH + ↑ RDW Смешанная анемия • ↑ MCH + ↑ MCV + ↑ RDW дефицит B_{12}/фолат • N MCHC + ↓ Hb Анемия хронических заболеваний
	N	Однородная популяция эритроцитов	-	
Лейкоциты (WBC)	↓	Лейкопения	• вирусные инфекции; • лекарственная токсичность; • гиперспленизм; • дефицит B_{12}/фолатов; • угнетение костного мозга	1. Оценить тяжесть: ▪ Лёгкая — $3,0-4,0 \times 10^9/\text{л}$ ▪ Умеренная — $2,0-2,9 \times 10^9/\text{л}$ ▪ Тяжёлая — $<2,0 \times 10^9/\text{л}$ 2. Оценить лейкоцитарную формулу; Тяжесть лейкопении определяется уровнем нейтрофилов, а не общим числом лейкоцитов. Именно этот показатель коррелирует с риском инфекционных осложнений. 3. Исключить инфекцию, лейкозы Чаще всего у пациентов с ЦП встречается легкая-умеренная лейкопения в сочетании с тромбоцитопенией, как проявление гиперспленизма. Изолированное процентное (относительное) изменение уровня лейкоцитов само по себе не является патологией и не может интерпретироваться без абсолютных значений и клинического контекста.

	↑	Лейкоцитоз	1. инфекции (спонтанный бактериальный перитонит, пневмония и др.); 2. воспаление (активная фаза гепатита); 3. стресс; 4. кровотечение; 5. терапия ГКС 6. гематологические злокачественные заболевания	• Оценить лейкоцитарную формулу повышение за счет нейтрофилов, со сдвигом лейкоцитарной формулы - наиболее вероятная причина инфекционный процесс, следует найти причину данного инфекционного процесса у пациента с ЦП - Повышение за счет лимфоцитов может говорить о вирусной инфекции или гематологические злокачественные заболевания • Уточнить причину • Оценка в динамике Старт терапии ГКС может приводить к лейкоцитозу без инфекционного процесса, в данном случае следует проводить динамический контроль ОАК и оценивать анализ крови в комплексе с клинической картиной, анализировать другие маркеры воспалительного процесса — С-реактивный белок, прокальцитонин и др.
Нейтрофилы	↓	Нейтропения	1. Гиперспленизм 2. Лекарственная токсичность (цитостатики, тиреостатики, антибактериальная терапия) • Гематологические злокачественные заболевания	1. Оценка тяжести: • Лёгкая нейтропения — $1,0-1,5 \times 10^9/\text{л}$ (низкий риск инфекций) • Умеренная нейтропения — $0,5-0,99 \times 10^9/\text{л}$ (умеренный риск инфекций) • Тяжелая нейтропения — $<0,5 \times 10^9/\text{л}$ (высокий риск инфекций) • Агранулоцитоз — $<0,2 \times 10^9/\text{л}$ (жизнеугрожающее состояние) При легкой и умеренной нейтропении наблюдение в динамике, наиболее вероятная причина — гиперспленизм, особенно в сочетании с тромбоцитопенией. При тяжелой нейтропении — госпитализация для уточнения причины
	↑	Нейтрофилез (+палочко-ядерные и другие молодые формы — сдвиг лейкоцитарной формулы влево)	1. Бактериальная инфекция; 2. Активная фаза гепатита	1. Оценка тяжести: С-реактивный белок, прокальцитонин Поиск причины: оценка клинической картины (симптомы, температура тела, данные осмотра)
Тромбоциты (PLT)	↑	Тромбоцитоз	1. Реактивный на фоне инфекций, воспаления, злокачественного новообразования 2. Признак дефицита железа 3. Недавние травмы и операции 4. Спленэктомия 5. Восстановление после массивной кровопотери/химиотерапии 6. Первичный — миело-пролиферативные заболевания	У пациентов с циррозом печени чаще бывает тромбоцитопения, нежели тромбоцитоз. 1. Оценка в комплексе с другими показателями 2. Установление причины — реактивный или первичный

	↓	Тромбо-цитопения	1. Гиперспленизм 2. Иммуные реакции (иммунная тромбоцитопения, лекарственно-индуцированная тромбоцитопения, гепарин-индуцированная тромбоцитопения) 3. Неиммунные процессы (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, массивные кровотечения, сепсис и др.)	1. Повторить ОАК в пробирке с цитратом Na ⁺ для исключения псевдотромбоцитопении 2. При сохранении тромбоцитопении оценить тяжесть: • Легкая тромбоцитопения: $100-150 \times 10^9/\text{л}$ • Умеренная тромбоцитопения: $50-99 \times 10^9/\text{л}$ • Тяжелая тромбоцитопения: $<50 \times 10^9/\text{л}$ (возрастает риск кровотечений при инвазивных процедурах — производится оценка необходимости коррекции тромбоцитопении перед инвазивными процедурами). 3. Оценка гемостаза (коагулограмма, риски кровотечений из ЖКТ)
--	---	------------------	---	--

Биохимический анализ крови				
Показатель	Направление изменение	Синдром/симптом	Возможные причины при циррозе	Тактика врача
АЛТ	↑	Цитолиз	При сформированном ЦП чувствительность низкая; нормальные значения не исключают тяжелое поражение паренхимы	- Интерпретировать в динамике и контексте - Не используется как маркер тяжести ЦП
	↓	Истощение гепатоцитов	Отражает снижение массы функционирующей паренхимы	
АСТ	↑	Цитолиз	Типично для ЦП; связано с митохондриальным повреждением	Коэффициент де Ритиса (АСТ/АЛТ) представляет собой соотношение уровней АСТ и АЛТ в сыворотке крови, используемое для оценки характера и тяжести повреждения печени. В норме он составляет 0,8-1,3. Отклонения: <1 — характерно для острых повреждений (вирусный или токсический гепатит), где АЛТ преобладает. >1 — чаще при хронических процессах (цирроз, алкогольная болезнь печени). >2 — специфичен для алкогольного поражения печени (особенно в сочетании с повышением ГГТП, MCV, гиперхромией эритроцитов). Коэффициент также помогает в диагностике внепечёночных состояний, например, инфаркта миокарда, при котором АСТ растёт сильнее АЛТ. АСТ и АЛТ — маркеры повреждения гепатоцитов, но не показатели функции печени и не прямые маркеры тяжести заболевания. Их интерпретация всегда должна быть в контексте клинической картины.
	↓	Истощение гепатоцитов	Отражает снижение массы функционирующей паренхимы	

ЩФ	↑	Холестаз	Внутрипеченочный холестаз (ЦП, ПБХ, ПСХ); внепеченочная обструкция (желчекаменная болезнь, опухоль); лекарственный холестаз	Сопоставить с изменениями билирубина и ГГТП, при их совместном повышении — признаки холестаза. Искключение механической обструкции — УЗИ ОБП. Изолированное повышение ЩФ чаще имеет негепатическое происхождение. Основные причины: Заболевания костной системы (Болезнь Педжета, остеомалация, дефицит витамина Д, заживление переломов, метастазы в кости) Возрастные и физиологические особенности (активный рост (дети, подростки), беременность (III триместр — плацентарная ЩФ), пожилой возраст Восстановление после тяжёлых заболеваний Другие заболевания (саркоидоз, лимфома) Непатологические факторы: (состояние после еды, использование референсных значений без учета возраста/пола, аналитические вариации)
	↓	Нарушение синтеза ферментов	Белковая недостаточность, саркопения, кахексия, дефицит цинка, магния, гипотиреоз, гипофосфатазия, терминальная печеночная недостаточность	1. Убедиться в корректность преаналитического этапа (анализ сдан натощак, не было массивных инфузий, использованы корректные референсные значения для возраста и пола) 2. Оценить клинический контекст (признаки белковой недостаточности, гипотиреоза, дефицита магния и цинка) 3. Устранить причину снижения ЩФ (коррекция белковой недостаточности, дефицита магния и цинка, нормализация функции щитовидной железы)
ГГТП	↑	Холестаз	Внутрипеченочный холестаз (ЦП, ПБХ, ПСХ), внепеченочная обструкция желчных протоков, алкоголь, лекарственные поражения печени, алкогольная болезнь печени, метаболический синдром	• Сопоставить с изменениями билирубина и ЩФ, при их совместном повышении — признаки холестаза • Искключение механической обструкции — УЗИ ОБП • Преимущественное повышение АСТ, повышение ГГТП (чувствительность 60%), MCV, гиперхромией эритроцитов — признаки алкогольной болезни печени
Общий билирубин	↓	Клинически не значимо		
	↑	Экскреторная недостаточность печени, холестаз	Гемолиз (при преимущественном непрямом повреждении печени), острое повреждение печени на фоне цирроза, печеночная недостаточность	Ключевой прогностический показатель; отражает декомпенсацию ЦП Используется для оценки прогноза в шкалах: использовать в Child–Pugh, MELD, MELD-Na • Оценить за счет какой фракции повышен билирубин: • непрямая гипербилирубинемия (гемолиз — ОАК, ретикулоциты, синдром Жильбера) • прямая гипербилирубинемия (оценить функцию печени, исключить обструкцию желчевыводящих путей — УЗИ ОБП) • смешанная (паренхиматозная) — оценить функцию печени
Альбумин	↓	Белок-синтетическая недостаточность	Снижение белковосинтетической функции печени (декомпенсация ЦП), печеночная недостаточность	Исключить декомпенсацию ЦП (асцит, печеночная энцефалопатия, ЖКК, инфекция) Оценить синтетическую функцию печени и нутритивный статус Коррекция гипоальбуминемии (нутритивная поддержка, по показаниям внутривенное введение альбумина) Используется для расчета в шкале Чайлд-Пью
Общий белок	↓	Гипо-протеинемия	Белково-энергетическая недостаточность, инфузионная терапия (гипергидратация)	1. Оценка нутритивного статуса 2. Оценка функции печени 3. При необходимости коррекция белково-энергетической недостаточности

	↑	Гиперпротеинемия	Дегидратация (относительное повышение), воспаление, аутоиммунные заболевания, хронические инфекции, моноклональная гаммапатия, миеломная болезнь	1. Оценка ОЦК 2. Электрофорез белков 3. Коррекция причины (гидратация, лечение основного заболевания)
Креатинин	↑	Поражение почек	Острое повреждение почек, гепаторенальный синдром, заболевания почек (гломерулонефрит), хроническая болезнь почек	1. Оценка динамики — острой или хроническое повреждение почек 2. Установление причины поражения почек (преренальное, ренальное, постренальное повреждение) — общий анализ мочи, УЗИ почек и мочеточников 3. Устранение причины повреждения почек (отмена нефротоксичных препаратов — диуретики, НПВС, лечение инфекции, компенсация ЦП и других заболеваний приводящих к повреждению почек) Один из важных прогностических маркеров при ЦП.
	↓	-	Саркопения, гемодилюция	Белковая диета, нутритивная поддержка Неблагоприятный прогностический маркер;
Натрий	↓	Гипонатриемия	Декомпенсация ЦП, диуретическая терапия, инфекция, гемодилюция	Показатель используется для расчета прогностической шкалы MELD-Na 1. Оценить тяжесть и симптомы • Na 130-134 ммоль/л → лёгкая • Na 125-129 ммоль/л → умеренная • Na <125 ммоль/л или неврологические симптомы → тяжёлая 2. Понять какой тип гипонатриемии (гиповолемическая или нет) 3. Скорректировать диуретическую терапию 4. Исключить провоцирующие факторы (Инфекция (спонтанный бактериальный перитонит!), ЖКК, диарея, рвота, НПВС, нефротоксичные препараты 5. Ограничить приём жидкости — обычно до 1-1,5 л/сут. (при Na <125 ммоль/л) 6. Коррекция уровня натрия при необходимости (↑ Na не >6-8 ммоль/л/сут., контроль Na каждые 24 ч)
	↑	Гипернатриемия	Обезвоживание, диарея, рвота, введение гипертонических растворов	1. Коррекция ОЦК 2. Коррекция диуретической терапии
Глюкоза	↑	Гипергликемия	Инсулино-резистентность, сахарный диабет, терапия ГКС, инфекционный процесс	1. Контроль в динамике 2. Уточнение причины 3. Коррекция при необходимости
	↓	Гипогликемия	Истощение запасов гликогена при ЦП, передозировка сахароснижающими препаратами	1. Уточнение причины 2. Коррекция • В сознании → быстрые углеводы <i>per os</i> , при ночной гипогликемии — поздние перекусы • Без сознания/тяжёлая гипогликемия → в/в глюкоза • коррекция сахароснижающей терапии 3. Исключить провоцирующие факторы (инфекция, ЖКК, передозировка сахароснижающих препаратов, алкоголь) 4. Динамический контроль уровня глюкозы

Сокращения: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ГКС — глюкокортикостероиды, ГГТП — гамма-глутамилтранспептидаза, ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, НПВС — нестероидные противовоспалительные средства, ОАК — общий анализ крови, ОБП — органы брюшной полости, ОЦК — объем циркулирующей крови, ПБХ — первичный билиарный холангит, ПСХ — первичный склерозирующий холангит, УЗИ — ультразвуковое исследование, ЦП — цирроз печени, ЩФ — щелочная фосфатаза.

Приложение 9

Инструментальные методы исследования ЦП^{1,4}

Метод исследования	Показания	Противопоказания	Интерпретация результатов	Примечания
УЗИ ОБП	• диагностика ЦП/ПГ; • асцит; • сплено-мегалия; • скрининг очаговых образований; • портальная гипертензия; • оценка проходимости воротной/печеночных вен, подозрение на тромбоз	Абсолютных противопоказаний нет	Признаки ЦП: • Нодулярность поверхности печени (неровный контур) • Неоднородная эхогенность паренхимы • Гипертрофия хвостатой доли • Уменьшение размеров правой доли печени • Спленомегалия • Расширение портальной вены (>13 мм) • Признаки портальной гипертензии: наличие коллатералей, реканализация пупочной вены, асцит • Гребенчатость (волнообразность) желчного пузыря и нижней полой вены [14] • Плотный и тупой край печени Эти признаки имеют высокую специфичность (до 97%), но низкую чувствительность (34-78%), особенно на ранних стадиях цирроза. Диагностическая точность повышается при сочетании нескольких признаков.	При подозрении на ЦП по данным УЗИ ОБП необходимо проведение опроса и физикального осмотра, инструментальных методов обследования (ЭГДС и др.), лабораторных анализов для подтверждения диагноза, установления степени, осложнений и этиологии.
Транзиентная эластография печени	• Неинвазивная оценка фиброза/цирроза; • Стратификация риска ПГ (в т.ч. по Baveno)	• Нет абсолютных; • Относительные (невозможность корректного измерения): наличие асцита; высокий уровень аминотрансфераз (>5 норм); выполнении исследования не натошак; недостаточном опыте оператора.	• при жесткости печени <10 кПа цирроз маловероятен; • при значениях 10-15 кПа вероятен продвинутый фиброз; • при >15 кПа высока вероятность цирроза.	Интерпретировать в контексте клинической картины, лабораторных анализов; при несоответствии — повторное исследование/альтернативный метод/биопсия печени по показаниям.
ЭГДС	• Всем пациентам с ЦП для оценки ВРВП и признаков высокого риска кровотечения • Оценка динамики ВРВП • Диагностика желудочно-кишечных кровотечений	• Если потенциальный вред здоровью превышает пользу от проведения эндоскопического исследования; • при отсутствии адекватного взаимодействия с пациентом и его согласия на проведение исследования; • при перфорации полого органа (при наличии подтверждения или подозрения) [10].	Классификация ВВ по степени выраженности по N. Soehendra: • 1 степень <5 мм • 2 степень — 5-10 мм • 3 степень >10 мм <i>Стигмы высокого риска кровотечений</i> [11]: • ВРВП >10 мм. • Красные симптомы ("red signs"): красные полосы (red wale marks), точечные красные пятна (cherry red spots), конгломераты красных пятен. • Портальная гастропатия — наличие выраженного "змеевидного" мозаичного рисунка слизистой желудка, внутрислизистых кровоизлияний (cherry red spots, black-brown spots, confluent red markings), а также сочетание с GAVE (гемангиоэктазия антрального отдела желудка). • Варикозные вены желудка (особенно GOV2 и IGV1 по классификации Sarin) — эти типы варикозных вен имеют более высокий риск массивного кровотечения.	Решение вопроса о первичной/вторичной профилактике кровотечений из ВРВП.

КТ ОБП с контрастированием	Подозрение на тромбоз портальной вены или очаговые изменения печени по данным УЗИ ОБП	- Аллергическая реакция на компоненты контрастного препарата (йод) - Сниженная функция почек — риск контраст индуцированной нефропатии - Тяжелое нестабильное состояние пациента	Диагностика ГЦК¹⁴: Пациентам с ЦП при КТ ОБП с контрастированием очаговые образования ≥ 10 мм должны быть классифицированы по системе LI-RADS. Основные признаки ГЦК: гипervasкуляризация образования в артериальную фазу с последующим вымыванием контраста в портальную или отсроченную фазу (чувствительность 89%, специфичность 96%) [15, 16]. Категория LI-RADS: LR-1 (определённо доброкачественное) до LR-5 (определённо ГЦК), LR-M (вероятно злокачественное, но не ГЦК) или LR-TIV (опухоль в вене) [16]. Тромбоз в системе портальной вены КТ-признаки тромбоза портальной вены: Основные: внутрисосудистый дефект наполнения, расширение вены, отсутствие её контрастирования. Фоновая патология: признаки портальной гипертензии (спленомегалия, коллатерали). Венозная фаза: тромб виден как гиподенсный участок. При хронизации — возможна кавернозная трансформация. Описание в протоколе должно включать: локализацию и протяженность тромбоза (главная, сегментарные ветви, мезентериальные или селезёночная вена), степень окклюзии (<50% или >50%), признаки хронического процесса (каверноматозная трансформация), наличие коллатералей, оценку на предмет опухолевого тромбоза (артериализация тромба, связь с образованием печени).	Применение и ограничения LI-RADS: Критерии актуальны только для пациентов высокого риска (цирроз, гепатит В, ранее выявленная ГЦК). Система не применима к образованиям <10 мм, а также не охватывает атипичные формы ГЦК (малые <2 см или высокодифференцированные), которые часто имеют нетипичную картину при исследовании с контрастированием. При верификации ГЦК требуется уточнить наличие метастатического поражения (легкие, кости, лимфоузлы, надпочечники, брюшина). Алгоритм ведения при тромбозе портальной вены: 1. Тромбоз <50% (без признаков ишемии): динамическое наблюдение с контролем визуализации каждые 3 мес. 2. Тромбоз >50% или вовлечение магистральных стволов (главная портальная, мезентериальные вены): рассмотреть назначение антикоагулянтной терапии. Показаниями к ее началу служат статус кандидата на трансплантацию печени или документированное прогрессирование тромбоза. 3. Хронический тромбоз с каверноматозной трансформацией: антикоагулянтная терапия, как правило, не назначается.
МРТ ОБП с контрастированием (в т.ч. гепатотропным — гадооксетовая кислота)	Диагностика гепатоцеллюлярного рака, особенно мелких очагов; альтернатива КТ при противопоказаниях к йодному контрасту	Тяжелая почечная недостаточность (скорость клубочковой фильтрации <30 мл/мин/1,73 м²), Наличие несовместимых с МРТ имплантированных устройств, беременность (I триместр), тяжелые аллергические реакции на контраст, нестабильное состояние пациента, клаустрофобия.	Диагностика ГЦК¹³ Основные признаки ГЦК на МРТ: Артериальная гипervasкуляризация — усиление сигнала в артериальной фазе по сравнению с окружающей паренхимой. Вымывание ("Washout") — снижение интенсивности сигнала в портальной/отсроченной фазе относительно окружающей ткани. Капсула — наличие периферического ободка усиления ("capsule appearance") в отсроченной фазе. Дополнительные признаки: ограничение диффузии, умеренная гиперинтенсивность на T2, наличие жировой ткани внутри очага, мозаичная архитектура. Для стандартизации диагностики применяется система LI-RADS, которая категоризирует очаги по степени вероятности ГЦК (LR-1 — доброкачественный, LR-5 — достоверно ГЦК).	Чувствительность МРТ выше КТ (80% vs 68%), особенно для мелких образований печени [17].

Сокращения: ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ГЦК — гепатоцеллюлярная карцинома, КТ — компьютерная томография, МРТ — магнитно-резонансная томография, ОБП — органы брюшной полости, ПГ — портальная гипертензия, УЗИ — ультразвуковое исследование, ЦП — цирроз печени, ЭГДС — эзофагодуоденоскопия.

¹⁴ Клинические рекомендации "Рак печени (гепатоцеллюлярный)", 2025. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/1_4.

Приложение 10
Тест связи чисел для определения стадии ПЭ у пациентов с ЦП, в том числе латентной ПЭ¹

ФИО _____

Дата исследования _____

Время выполнения теста (сек) _____

Образец почерка (имя и отчество) _____

1

13

НАЧАЛО

17

2

11

7

21

6

3

25

5

23

9

КОНЕЦ

14

10

19

12

20

16

4

15

8

22

18

24

Ключ (интерпретация):

Время, с	Баллы	Стадия ПЭ
<40	0	Нет
41-60	1	0-1
61-90	2	1, 1-2
91-120	3	2
>120	4	2-3

Сокращение: ПЭ — печеночная энцефалопатия.

Приложение 11

Опросник для оценки сознания больного ПЭ Тест "Назови животных"

ФИО _____

Дата исследования _____

Время выполнения тест: (60 сек)

Попросите пациента произнести как можно больше названий животных за одну минуту.

Запишите ответы пациента.

1	_____	11	_____
2	_____	12	_____
3	_____	13	_____
4	_____	14	_____
5	_____	15	_____
6	_____	16	_____
7	_____	17	_____
8	_____	18	_____
9	_____	19	_____
10	_____	20	_____

ИТОГО _____

Если пациент останавливается раньше, чем через 1 минуту, спросите, есть ли еще животные, которых он хотел бы добавить.

Если пациент не говорит в течение 15 секунд, дайте ему подсказку.

Например, "Собака — это животное. Можете ли вы назвать еще каких-нибудь животных?".

Через 1 минуту подсчитайте все ответы, исключая повторы и слова, не относящиеся к животным.

Ключ (интерпретация):

- 15 и более баллов коррелирует с нормальной когнитивной функцией.
- от 10 до 15 баллов указывает на легкие когнитивные нарушения, требующие дальнейшего обследования.
- 10 баллов и ниже убедительно свидетельствует о дефиците когнитивных функций и может быть связано с развитием явной ПЭ у лиц с алкогольным ЦП.

Приложение 12

Стадии ПЭ согласно модифицированным критериям Вест-Хейвен и ISHEN¹

Вест-Хейвен критерии, включая минимальную печеночную энцефалопатию	ISHEN	Описание	Предлагаемые оперативные критерии	Комментарий
Печеночной энцефалопатии нет		Нет симптомов и анамнеза печеночной энцефалопатии	Скорость психомоторных функций по результатам психометрического/нейропсихологического тестирования или результаты нейрофизиологического исследования в пределах референсных значений.	
Минимальная	Скрытая	Клинических признаков печеночной энцефалопатии нет. Снижена скорость психомоторных функций по результатам психометрического/нейропсихологического тестирования или выявлены изменения при проведении нейрофизиологического исследования	Снижена скорость психомоторных функций по результатам психометрического/нейропсихологического тестирования или изменены результаты нейрофизиологического исследования.	Нет универсальных критериев диагностики. Требуются локальные стандарты и опытный оператор.
1 степень (стадия)		• Дефицит понимания • Эйфория или тревога • Снижение концентрации внимания • Нарушение сложения или вычитания • Изменение ритма сна	Ориентация во времени и пространстве сохранена (см. ниже). При клиническом обследовании или лицами, осуществляющим уход, обнаруживаются некоторые когнитивные/поведенческие нарушения по отношению к обычному состоянию пациента.	Клинические данные обычно не воспроизводимы.
2 степень (стадия)	Явная	• Вялость или апатия • дезориентация во времени • Явное изменение личности • Неадекватное поведение • Диспраксия • Астериксис	Дезориентация во времени (неправильно названы как минимум три из следующих критериев: текущая дата, день недели, месяц, время года или год) ± упомянутые симптомы предыдущей стадии.	Клинические данные варьируют, но в некоторой степени воспроизводимы.
3 степень (стадия)		• Сонливость до полуступора • Сохранность реакции на раздражители • Спутанность сознания • Выраженная дезориентация • Неадекватное поведение	Дополнительно к дезориентации во времени появляется дезориентация в пространстве (неправильно названы как минимум три из следующих признаков: страна, область [или регион], город или место).	Клинические данные в некоторой степени воспроизводимы.
4 степень (стадия)		Кома	Отсутствие реакции даже на болевые раздражители.	Клинические данные обычно воспроизводимы.

Сокращение: ISHEN — the International Society of Hepatic Encephalopathy and Nitrogen Metabolism.

Определение стадии ПЭ входит в систему оценки тяжести цирроза по классификации Чайлд-Пью и необходимо для оценки жизненного прогноза пациента.

Приложение 13

Основные шкалы оценки тяжести ЦП¹

Шкала оценки тяжести цирроза по Чайлд-Пью

Признаки	1 балл	2 балла	3 балла
Асцит	Нет	Минимальный	Выраженный
Энцефалопатия	Нет	I и II ст.	III и IV ст.
Сывороточный альбумин, г/л	>35	28–35	<28
Сывороточный билирубин, мкмоль/л	<34	34–51	>51
Протромбиновый индекс, %	>70	40–70	<40

Ключ (интерпретация):

5-6 баллов: класс А (хорошо компенсированная функция печени); выживаемость в течение года — 100%

7-9 баллов: класс В (выраженные нарушения функции печени); выживаемость в течение года — 80%

10-15 баллов: класс С (декомпенсация заболевания и функции печени); выживаемость в течение года — 45%.

Индекс MELD-Na для определения очередности трансплантации печени в листе ожидания

$$\text{MELD}(i) = 0,957 \times \ln(\text{креатинин}) + 0,378 \times \ln(\text{билирубин}) + 1,120 \times \ln(\text{МНО}) + 0,643$$

Затем необходимо округлить полученное значение до десятичного знака после запятой и умножить на 10.

Далее необходимо выполнить расчет MELD-Na следующим образом:

$$\text{MELD-Na} = \text{MELD}(i) + 1,32 \times (137 - \text{Na}) - [0,033 \times \text{MELD}(i) \times (137 - \text{Na})]$$

MELD калькулятор (источник — <https://www.mayoclinic.org/medical-professionals/transplant-medicine/calculators/meld-model/itt-20434705>), где Ln — натуральный логарифм, МНО — международное нормализованное отношение.

Применяются следующие правила расчета: минимальное значение для любой из трех переменных — 1 мг/дл, максимальный возможный уровень креатинина — 4 мг/дл, максимальное значение для индекса MELD — 40. Неблагоприятный жизненный прогноз ассоциирован со значением MELD >18.

Ключ (интерпретация):

Чем выше значение индекса, тем тяжелее протекает заболевание печени. При использовании классификации MELD было выявлено, что она обладает большой достоверностью при прогнозировании летального исхода в течение трех месяцев у пациентов с декомпенсированным ЦП. Так, при MELD >35 баллов летальный исход прогнозируется в 80% случаев, при MELD от 20 до 34 баллов — в 10-60%, при MELD <8 баллов — пациент является амбулаторным и требует активного наблюдения. Также используется для оценки тяжести алкогольного гепатита (>21 балла — тяжелый).

Необходимый режим повторной оценки MELD

MELD	Необходимость пересчета	Давность лабораторных исследований
≥25	Каждые 7 дней	48 час
≥24, но >18	Каждый месяц	7 дней
≤18, но ≥11	Каждые 3 месяца	14 дней
≤11, но >0	Каждые 12 месяцев	30 дней

Приложение 14.

Принципы питания для пациентов с ЦП [18, 19]

Почему так важно питание при ЦП?

Первое и самое важное: питание — неотъемлемая часть лечения ЦП.

У пациентов с циррозом из-за хронического заболевания часто развивается снижение массы тела с потерей не только жировой, но и мышечной ткани, поэтому полноценное питание является одним из ключевых компонентов терапии.

Почему это важно?

Дефицит массы тела связан со следующими осложнениями ЦП:

- Восприимчивость к инфекциям
- ПЭ (нарушения когнитивных функций)
- Асцит (скопление жидкости в брюшной полости)
- Более низкая выживаемость после трансплантации (пересадки) печени.

У пациентов с ЦП нарушено образование и хранение гликогена — основного энергетического резерва организма. Поэтому во время голодания, особенно ночью, организм вынужден использовать собственные жиры и белки, включая мышечную ткань. Распад белков сопровождается образованием аммиака, токсичного для головного мозга, что повышает риск ПЭ.

Поэтому пациентам с ЦП важно получать достаточное количество белка и обязательно иметь ночной перекус, так как ночное голодание при циррозе сопоставимо с 2-3-дневным голоданием у здорового человека.

Правильная организация питания при ЦП. Расчет дневного рациона

Очень важно правильно организовать питание для пациентов с ЦП. Начнем с дневного рациона. Для этого нужно рассчитать суточную калорийность и суточную потребность в белке.

Как это сделать?

- Суточная калорийность: 35 Ккал x Истинный вес пациента
- Суточная потребность в белке: 1,5 г x Истинный вес пациента

Чтобы рассчитать эти показатели, нужен истинный вес пациента с ЦП. Он рассчитывается как:

Истинный вес пациента = Вес пациента — Вес асцита

Как посчитать вес асцита? И что это?

В качестве примера возьмем пациента, показанного на рисунке в таблице с умеренно выраженным асцитом. Видно, что у него увеличен живот. Но дело не в избыточном количестве жира, который там мог отложиться, а в асците, то есть в скоплении жидкости в брюшной полости. Вес этой жидкости не нужно учитывать при расчете суточной калорийности пищи.

Небольшой асцит	Умеренно выраженный асцит	Напряженный асцит (3 ст.)
		
Вклад жидкости (кг) в массу тела пациента с ЦП		
4-5 кг	7-9 кг	14-15 кг

Соответственно, нам недостаточно просто взвесить нашего пациента, а необходимо из веса пациента вычесть предполагаемый объем асцитической жидкости, выраженный не в литрах, а в килограммах.

Но как рассчитать объем этой асцитической жидкости в килограммах?

Справиться с этой задачей поможет таблица выше, в которой показано, сколько жидкости находится в брюшной полости пациента в зависимости от степени выраженности асцита.

Допустим вес пациента — 75 кг, асцит выражен умеренно, согласно данным в таблице, отнимем 9 кг асцитической жидкости от 75 кг веса пациента и получаем истинный вес — 66 кг. Эта цифра приближительна! Однако, для повседневной жизни этого вполне достаточно.

Теперь рассчитаем суточную калорийность пищи и потребность в белке.

Для нашего пациента суточная калорийность пищи и потребности в белке составит:

- 35 Ккал х 66 кг = 2310 Ккал
- 1,5 г х 66 кг = 99 г (приблизительно 100 г белка в сутки)

Белок в пищевом рационе пациента с ЦП

Белок в пищевом рационе пациента с ЦП крайне важен! Мы уже знаем, что его количество должно составлять 1,5 г/кг массы тела.

Что же это за белок?

Пример дневного меню для пациента с ЦП

Пример дневного меню для пациента с истинным весом 66 кг, общей суточной калорийностью 2310 Ккал и потребностью в 100 г белка в сутки.

Завтрак • Рисовая каша на молоке 3,2% жирности (200 г) - Белки: 4,2 г Калорийность: ≈ 200 Ккал • Какао на воде (200 мл горячей воды, 2 ст. л какао-порошка) Белки: 1,6 г Калорийность: ≈ 120 Ккал Общая калорийность: 320 Ккал Общее содержание белка: 5,8 г	Второй завтрак Сырники (половина порции) Белки: 48 г Калорийность: ≈ 684 Ккал Для одной порции потребуется: Творог 9% — 200 г (314 Ккал, 32 г белка) 1 куриное яйцо (70 Ккал, ≈ 6 г белка) 3 ст ложки пшеничной муки (300 Ккал, ≈ 10 г белка) 1-2 чайные ложки сахара (по желанию) Сырники можно приготовить на пару и есть их с ягодами. Дать половину порции. Запить можно чаем, или морсом, или фруктовым соком. Общая калорийность: 342 Ккал Общее содержание белка: 24 г	Обед • Суп минестроне на основе филе куриной грудки (250 мл) - Белки: 44 г Калорийность: ≈ 250 Ккал • Филе куриной грудки отварное 200 г (200 Ккал, 34 г белка) • Бульон куриный 250 мл (50 Ккал, 10 г белка) Можно использовать овощи: лук, сельдерей, цукини, брокколи, тыкву и т.п. • Цельнозерновой хлеб пара кусочков (20 г) - Белки: 1,6 г Калорийность: 50 Ккал • Десерт Брауни (50 г) - Белки: 2,5 г Калорийность: 175 Ккал Общая калорийность: 475 Ккал Общее содержание белка: 48,1 г
Полдник Клубнично-банановый смузи (≈ 250мл) Белки: 6,8 г Калорийность: ≈ 247 Ккал Натуральный йогурт — 130 г (72,8 Ккал, 4,5 г белка) Клубника — 100 г (41 Ккал, 0,8 г белка) Средний банан — 1 шт (100 Ккал, ≈ 1,4 г белка) Мед — 1 ч.л. (10 г) (33 Ккал, ≈ 0,08 г белка) Ингредиенты смешать в блендере. Общая калорийность: 247 Ккал Общее содержание белка: 6,8 г	Ужин • Салат из отварной свеклы с подсолнечным маслом - Белки: 2,5-3 г Калорийность: 230-250 ккал - Свекла отварная — 200 г (≈ 90 ккал, ≈ 3 г белка) - Масло подсолнечное — 1 ст. ложка (10 г) (≈ 90 ккал, 0 г белка) • Гречневая каша на воде с оливковым маслом (100 г) - Белки: 12 г Калорийность: 335 Ккал Общая калорийность: 573 Ккал Общее содержание белка: 14,6 г	Перекус на ночь Мюсли с йогуртом (150 г) Белки: 5,8 г Калорийность: ≈ 162 Ккал Печеное яблоко Белки: 0,4 г Калорийность: ≈ 162 Ккал Общая калорийность: 324 Ккал Общее содержание белка: 6,2 г
ВСЕГО ЗА ДЕНЬ: Суточная калорийность: 2281 Ккал Общее содержание белка: 105,5 г		

Кратность приема пищи

У пациентов с декомпенсированным ЦП есть серьезная проблема: они не могут съесть обычный для здорового человека объем пищи.

Решение этой проблемы такое: пусть наш пациент ест небольшими порциями с короткими перерывами в том режиме, который ему комфортен: 6-8 раз в день.

Кормить пациента с ЦП нужно вкусно и калорийно.

Если не удастся достичь нужной дневной калорийности пищи за счет обычных продуктов из-за плохого аппетита, можно добавлять готовые калорийные смеси из категории "энтеральное питание". Выбор типа энтерального питания нужно делать вместе с врачом-диетологом, чтобы учесть особенности конкретного пациента.

Что нужно исключить и/или ограничить при ЦП?

Мясная продукция

Мясная продукция — это продукты из мяса, полученные посредством обработки (засолки, вяления, ферментации, копчения или других способов консервирования), направленной на усиление вкуса или увеличение срока хранения.

Большинство видов мясной продукции содержат свинину и говядину, однако мясные продукты могут также содержать другие виды красного мяса, мясо птицы, субпродукты или побочные продукты убоя, такие как кровь.

К примерам мясной продукции можно отнести следующие продукты:

- Сосиски
- Ветчина
- Колбасы
- Говяжья солонина
- Вяленая говядина
- Мясные консервы
- Мясосодержащие кулинарные изделия
- Соусы

Мясная продукция содержит большое количество соли и вредных жиров (транс-жиров).

Пациентом следует рекомендовать не посещать прилавки с мясной продукцией в магазинах. Цвет и запах вводят в искушение.

Соль

Пациентам с асцитом и отеками ног рекомендуется исключать из пищевого рациона поваренную соль.

Поваренная соль (хлорид натрия) принимает участие в обмене воды и микроэлементов. Ее ограничение в пищевом рационе до 2,5 г помогает справиться с отеками и асцитом.

Это означает, что соль не добавляется в период приготовления и употребления пищи.

При покупке готовых продуктов в них не должно содержаться соли.

Какие продукты содержат много соли?

- Соленый хлеб и булочки
- Мясное ассорти
- Консервированные овощи
- Паста/супы быстрого приготовления
- Соленое печенье
- Пицца
- Соусы
- Спреды
- Сухие приправы (где в составе есть соль)

Вначале может показаться, что пища, приготовленная без добавления соли, имеет другой вкус. Постепенно вкусовые сосочки привыкнут к этим изменениям, ведь натуральные продукты содержат достаточное для нашего организма количество соли.

Как улучшить вкусовые качества пищи без соли?

Чтобы улучшить вкусовые качества пищи вместо соли можно использовать следующие продукты:

- Свежемолотый черный перец
- Лимон, лайм и другие цитрусовые
- Свежие травы
- Перец чили
- Имбирь
- Чеснок, лук-шалот и зеленый лук
- Специи (горчичный порошок, мускатный орех, корица, кардамон, имбирь, куркума, тмин и т.п.)
- Различные обжаренные или натуральные семена.

При покупке продуктов в магазине смотрите маркировку, избегайте продуктов, в которых содержится соль и/или натрий. Коммерческие сухие комбинированные приправы, как правило, содержат натрий.

Жидкость

Каждый пациент должен обсудить вопрос ограничения потребления жидкости со своим врачом и получить индивидуальные рекомендации!

Пациенты с ЦП с асцитом и/или отеками и низким содержанием натрия в крови нередко нуждаются в ограничении приема жидкости в среднем до 1500 мл в сут.

Это количество распространяется не только на напитки, но и на супы, каши и т.п.

Жидкость, которую принимает пациент с ЦП, должна приносить пользу его организму и также содержать белки и микроэлементы.

Что полезно пить?

- Молоко при его хорошей переносимости
- Молочные напитки (содержат белок)
- Соевое молоко (содержит белок)
- Вода (утолит жажду)
- Горячий шоколад или какао (богатый белком и калориями продукт)
- Чай и кофе при хорошей переносимости

Чего следует избегать?

- Фабрично приготовленные томатный и овощные соки
- Энергетические напитки
- Газированные напитки
- Спортивные жидкие смеси
- Витамины и таблетки в шипучей растворимой форме

Шипучие растворимые таблетки содержат натрия гидрокарбонат, который не рекомендуется принимать пациентам с ЦП с асцитом и/или отеками.

Что всегда должно включаться в пищевой рацион?

Фрукты и овощи всегда должны включаться в пищевой рацион пациента с ЦП. Они богаты белком и пищевыми волокнами, которые служат питательной средой для полезных бактерий (лакто- и бифидобактерий), населяющих наш желудочно-кишечный тракт.

Полезные советы:

- Избегайте ненужных запретов
- Питание должно быть разнообразным и полезным, пища должна быть вкусной
- Поступление в организм пациента с ЦП необходимого количества калорий и белка более важно, чем соблюдение диет
- Пациентам с ЦП (особенно с асцитом) рекомендуется делить пищу на 6 приемов: три основных приема пищи — завтрак, обед и ужин и три промежуточных
- Обязательно кормите пациента с ЦП на ночь
- Для пациентов с асцитом: пища должна быть приготовлена без соли
- Вместо соли используйте приправы, сок лимона или лайма
- При плохой переносимости животного белка его можно и нужно заменить растительным. Хорошая комбинация: белок молочных продуктов + растительный белок, например, натуральный йогурт с бананом
- Пациентам с асцитом и отеками помимо бессолевой диеты рекомендуется ограничить прием жидкости, как правило, до 1500 мл в день. Обязательно посоветуйтесь со своим врачом по этому вопросу!
- Если у пациента пищевая аллергия или индивидуальная непереносимость отдельных продуктов, либо причина заболевания печени предполагает ограничение определенных продуктов (как у пациентов с врожденным нарушением обмена меди или железа), то обязательно проконсультируйтесь с лечащим врачом. Он поможет правильно скорректировать диету.

Продукты с высоким содержанием белка

Продукты с высоким содержанием белка	Рекомендуемые продукты	Нерекомендуемые продукты
Мясо, рыба, птица, яйца, тофу, бобовые, орехи и семена (семечки)	- Мясо, птица, рыба, морепродукты (свежие или замороженные) - Яйца - Свежий тофу или соевый творог - Свежие или сухие бобовые (чечевица, нут, соя, фасоль), консервированные бобы без соли - Несолёные орехи и семена (семечки)	- Вяленое, копченое, консервированное или засоленное мясо (например, солонина, ветчина, бекон, сосиски, салями, гамбургеры, хот-доги, паштеты и т.п.) - Мясные пироги, запеченные в тесте сосиски, рыбные палочки и другие соленые готовые "на вынос" продукты (например, куры-гриль, блюда азиатской кухни и т.п.) - Засоленная, копченая или маринованная рыба (например, анчоусы, копченые морепродукты, маринованная сельдь и т.п.) - Консервированные бобовые с добавлением соли - Все соленые орехи и семена (семечки)
Молочные или соевые продукты (включаются в каждый прием пищи)	- Молоко - Йогурт - Сливки, сметана - Заварной крем, молочные десерты, мороженое - Рикотта или домашний сыр (см. данные на этикетке)	- Коммерческие сырные соусы или дипы - Соленые сорта сыра - Сырное печенье или хлеб
Хлеб, крупы, рис, паста и лапша	- Разнозерновой, цельнозерновой хлеб, ржаной, белый, лаваш - Крекеры без соли - Готовые каши для завтрака (выбрать с самым низким содержанием соды) - Овсяные хлопья, овсяная каша - Рис - Свежая или сухая паста или лапша - Несолёные попкорн и крендельки	- Крекеры с солью, хлебные роллы с солеными ингредиентами (например, с беконом, оливками, сушеными томатами и т.п.) - Паста, лапша быстрого приготовления с добавками - Консервированные спагетти - Готовая азиатская лапша с солеными приправами - Соленые закуски (например, крендельки, картофельные чипсы, кукурузные чипсы, попкорн и т.п.)
Овощи	- Свежие и замороженные овощи - Консервированные овощи "без добавления соли"	- Соленые или маринованные консервированные овощи (огурцы, кимчи и т.п.) - Томатный или овощной сок с солью
Супы и бульоны (учитывать количество жидкости, если врачом рекомендован ее ограниченный прием)	- Несолёный бульон - Подлива на несолёном бульоне - Домашние несолёные супы	- Все консервированные или "сухие" супы - Супы "на вынос" из ресторанов или кафе - Соленые бульонные кубики - Коммерческие подливы - Японские бульоны даши, мисо и супы на их основе
Фрукты	- Свежие фрукты - Сухофрукты - Свежие соки	Нет
Приправы (избегать приправ в завтраках и легких приемах пищи (перекусах))	- Травы и пряности без добавления соли - Лимонный или лаймовый сок - Горчица, перец, чеснок, имбирь - Растительное масло - Несолёное сливочное масло	- Соленые смеси пряностей (например, лимонный перец, соль с сельдереем, соленая овощная приправа) - Глутамат натрия - Каменная соль - Сухие пакетированные соусы - Соевый, устричный соус, терияки, рыбный соус - Мисо, даши - Ворчестерский соус - Все коммерческие соусы с добавлением соли

Приложение 15

Альбом с демонстрационными материалами для консультирования пациентов по снижению потребления продуктов с высоким содержанием соли

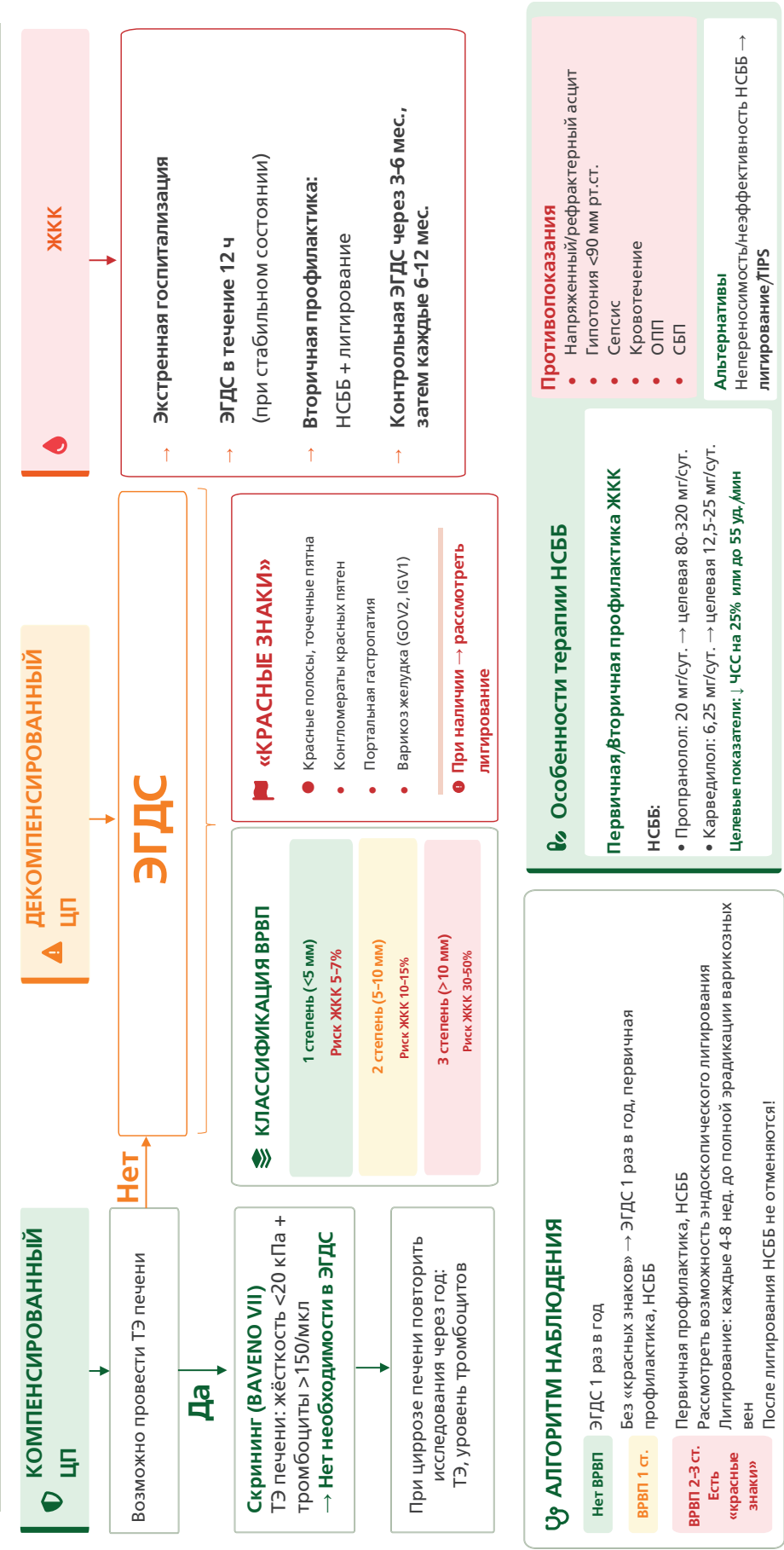


Ссылка для скачивания:
<https://prevmed.elpub.ru/publication/6983>



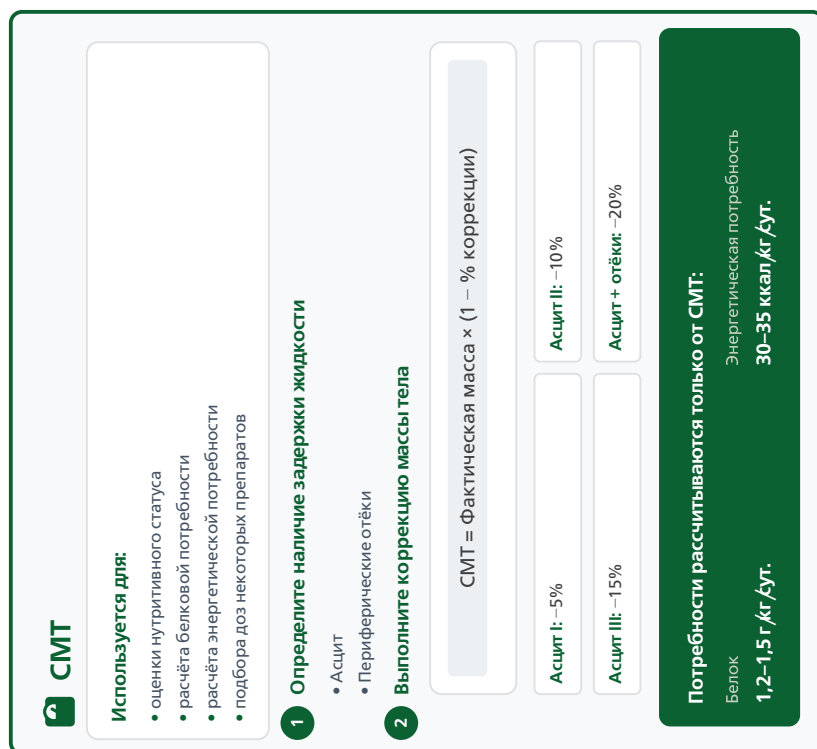
Сокращения: ОБП — органы брюшной полости, ОПП — острое повреждение почек, ПЭ — печеночная энцефалопатия, СБП — спонтанный бактериальный перитонит, УЗИ — ультразвуковое исследование. ТПС — трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование.

Приложение 17
Алгоритм ведения пациента с ЦП и варикозно-расширенными венами пищевода и желудка¹



Сокращения: ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение, НСББ — неселективные бета-адреноблокаторы, ОПП — острое поражение почек, СБП — спонтанный бактериальный перитонит, ТЭ — транзитная эластография, ЦП — цирроз печени, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭГДС — эзофагогоскопия, ТIPS — трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование.

Оценка нутритивного статуса у пациентов с ЦП [18]



Приложение 19
Ведение пациента с ЦП и ПЭ1

Общая информация

Классификация ПЭ по причине

Тип А

Тип В

Тип С

При острой печечной недостаточности

При ЦП — наиболее распространенный

При портосистемном шунтировании без хронической ПН

Классификация ПЭ по тяжести

Скрытая ПЭ

Явная ПЭ

Минимальная (без клинических симптомов, Haven)

изменения только в психометрических тестах), стадия I по West Haven

Стадии по West Haven

0 (Минимальная): Нет клинических симптомов, изменения только в психометрических тестах

1: Дефицит понимания, эйфория или тревога, снижение концентрации, нарушение счета, изменение ритма сна

2: Влостылатия, дезориентация во времени, явное изменение личности, неадекватное поведение, диспраксия, астериксис

3: Солиновость до полусуптора, сохранность реакции на раздражители, спутанность сознания, выраженная дезориентация

4: Кома, отсутствие реакции даже на болевые раздражители

Провоцирующие факторы

Кровотечение

Инфекции

Электролитные нарушения

Запор

Избыточное потребление белка

Диуретики

НПВП

Бензодиазепины/психотропные препараты/алкоголь

Диагностика

Психометрические тесты: тест связи чисел, тест цикло-букава, арифметический тест, тест «назови животных»

Уровень аммиака крови: экспресс-тест капиллярной крови из мочки уха (в рамках дифференциальной диагностики при неэффективности гипотаммониемической терапии)

Лечение

Стадии по West Haven

Скрытая ПЭ

Явная ПЭ

Минимальная (0)

1

2

3

4

Устранение провоцирующих факторов — эффективно в 90% случаев!

Медикаментозная терапия

Гипотаммониемические препараты применяются как монотерапия, так и в комбинации по усмотрению врача

Оринтин 9-18 г перорально (в 2-3 приема), 2-3 мес.

Оринтин: в/в кап. до 40 г (обычно 20-30 г/сут.), 7-14 дней → переход на пероральный прием 9-18 г/сут. (2-3 мес). Возможно комбинирование в/в и перорального способа приема

Применение орнитина ограничено при выраженном нарушении функции почек (креатинин > 266 мкмоль/л)

Рифаксимин: Не более 1200 мг/сут. перорально • 1100 мг/сут. — от 6 до 24 мес. по усмотрению врача • 1200 мг/сут. — до 12 мес. по усмотрению врача

Рифаксимин: 1100 мг/сут. — от 5-7 дней до 6 мес. в зависимости от клинической ситуации

Не применяется

Лактулоза: 30-60 мл/сут. (15-30 мл каждые 12 ч до 2-3 дефекаций мягким стулом в сутки). Лактулоза выпускается в виде сиропа, который может вводиться перорально, ректально в виде клизм и через назогастральный зонд. Длительность лечения определяет врач по индивидуальным показаниям пациента.

Применение лактулозы в дозе >60 мл/сут. может вызвать дегидратацию, гипернатризм, усугубление ПЭ

Диетические рекомендации

При ПЭ 2-3 стадии: Ограничение белка до 60 г/сут. (1,0 г/кг) После купирования: 80-100 г/сут.

При переносимости белка: Растительный белок, лактальбумин, аминокислоты с разветвленной цепью (0,2-0,25 г/кг/сут.)

Профилактика

Профилактика повторных эпизодов

Всем пациентам с ЦП — своевременная диагностика и лечение скрытой ПЭ (минимальной и ПЭ I стадии) с целью профилактики явной ПЭ

Вторичная профилактика

Оринтин: 18 г/сут. (6 г 3 раза в сутки) перорально, 6 мес.

Лактулоза: Доза подбирается индивидуально

Рифаксимин: 1100 мг/сут. перорально, 6 мес.

Диетические рекомендации

Белок: 1,2-1,5 г/кг сухой массы тела

Избегать длительных периодов голодания

Поздний ночной перекус: белково-углеводная пища не менее 50 г сложных углеводов или энтеральной смеси

Сокращения: в/в — внутривенное, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, ПН — почечная недостаточность, ПЭ — печеночная энцефалопатия, ЦП — цирроз печени.

Приложение 20. Дневник пациента с ЦП

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА

ФИО: _____

Постоянная терапия: _____

Заполняйте таблицу ежедневно.									
Показатель	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата
Масса тела, кг									
Объем живота, см									
Температура, °C									
Отеки ног									
Выпито, мл									
Выделено, мл									
Стул									
Прием препаратов									
Сон/сознание									
Другие жалобы									

Обратитесь к врачу

Задержка жидкости

- Масса тела +1 кг/сутки или +2 кг/неделю
- Быстрое увеличение объема живота
- Повлечение или усиление отеков ног
- Резкое уменьшение количества мочи

Печеночная энцефалопатия

- Сонливость, заторможенность
- Нарушение памяти, спутанность сознания
- Изменение поведения, дрожание рук

Кровотечение

- Рвота кровью, черный стул
- Кровь в кале, резкая слабость

Признаки инфекции

- Повышение температуры, озноб
- Усиление боли в животе

Другие опасные симптомы

- Желтуха, потеря сознания
- Сильная боль в животе

Важно: при циррозе печени ухудшение состояния может наступать быстро – не откладывайте визит к врачу!

Приложение 21

Шкала приверженности НОДФ [20]

Модуль I. "Общая фактическая приверженность фармакотерапии"				
1	Назначал ли Вам лечащий врач лекарственную терапию?			
А) Да Б) Нет В) Другое _____				
2	Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов (выберите подходящий ответ для каждого пункта):			
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов:				
	всегда	часто	иногда	редко
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов:				
	всегда	часто	иногда	редко
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема) или принимаю препараты без согласования с врачом:				
	всегда	часто	иногда	редко
Г) Забываю принимать лекарственные препараты:				
	всегда	часто	иногда	редко
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов				
	всегда	часто	иногда	редко
3	Если Вы не стали принимать или изменили прием лекарственных препаратов, укажите причину:			
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов				
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов				
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения				
Г) Высокая цена лекарственных препаратов				
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии				
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно				
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов				
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов				
И) Другое (укажите) _____				
Модуль II. "Препарат-специфичная фактическая приверженность фармакотерапии"				
1	Укажите, как Вы поступаете в отношении приема лекарственных препаратов			
А) Прекращаю прием лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
Б) Делаю перерывы в приеме лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
В) Самостоятельно меняю терапию (меняю дозу, кратность, время приема препаратов) или принимаю препараты без согласования с врачом. Укажите препараты: _____				
Г) Забываю принимать лекарственные препараты. Укажите препараты: _____				
Д) Воздерживаюсь от приема назначенных лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
2	Если Вы не стали принимать или изменили лекарственную терапию, укажите причину:			
А) Опасаюсь побочных эффектов от приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
Б) Возникли побочные эффекты на фоне приема лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
В) Отсутствие ощутимого эффекта/улучшения от лечения. Укажите препараты: _____				
Г) Высокая цена лекарственных препаратов. Укажите препараты: _____				
Д) Сомневаюсь в правильности назначенной мне терапии. Укажите препараты: _____				
Е) Не хочу принимать лекарственные препараты длительно. Укажите препараты: _____				
Ж) Принимаю очень много разных лекарственных препаратов				
З) Сложная/неудобная схема приема лекарственных препаратов				
И) Другая причина (укажите) _____				
Модуль III. "Потенциальная приверженность фармакотерапии"				
1	Собираетесь ли Вы принимать лекарственные препараты, рекомендованные Вам врачом?			
1) Нет 2) Скорее нет, чем да 3) Скорее да, чем нет 4) Да				

- Инструкция:**
- Определение балла проводится по ответу на вопрос 2 из модуля I.
 - При выявлении неприверженности по модулю I, следует перейти к модулю II для оценки приверженности к каждому лекарственному препарату индивидуально.
 - По модулю III оценивается потенциальная приверженность (намерения пациента выполнять врачебные рекомендации) к фармакотерапии.

Ключ к модулю I по вопросу 2			
Вопрос	Варианты ответа "всегда", "часто", "иногда", "редко" приравниваются к одному результату	Вариант ответа: "никогда"	Результат
			NB! Баллы не суммируются! Для определения уровня приверженности отбирается балл с максимальным значением по полученным ответам
A	3 балла	0 баллов	0 баллов — полная приверженность
Б	2 балла		1 балл — частичная (неполная), вторичная неприверженность, ненамеренные нарушения врачебных рекомендаций
В	2 балла		2 балла — частичная (неполная), вторичная неприверженность, намеренные нарушения врачебных рекомендаций (в т. ч. самолечение)
Г	1 балл		3 балла — полная, вторичная неприверженность
Д	4 балла		4 балла — полная, первичная неприверженность

- Ключ к модулю III Номер вопроса:**
- 1 — потенциально не привержен
 - 2 — потенциально частично не привержен
 - 3 — потенциально частично привержен
 - 4 — потенциально привержен

Литература/References

1. Huang DQ, Terrault NA, Tacke F, et al. Global epidemiology of cirrhosis - aetiology, trends and predictions. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2023;20(6):388-98. doi:10.1038/s41575-023-00759-2.

2. Ye F, Zhai M, Long J, et al. The burden of liver cirrhosis in mortality: Results from the global burden of disease study. *Front Public Health*. 2022;10:909455. doi:10.3389/fpubh.2022.909455.

3. Tham EKJ, Tan DJH, Danpanichkul P, et al. The Global Burden of Cirrhosis and Other Chronic Liver Diseases in 2021. *Liver Int*. 2025;45(3):e70001. doi:10.1111/liv.70001.

4. Zhang Y, Luo M, Ming Y. Global burden of cirrhosis and other chronic liver diseases caused by specific etiologies from 1990 to 2021. *BMC Gastroenterol*. 2025;25(1):641. doi:10.1186/s12876-025-04264-5.

5. GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(3):245-66. doi:10.1016/S2468-1253(19)30349-8.

6. Shepel RN, Ipatov PV, Drozdova LYu, et al. Algorithm of appointment (examination; consultation) of patients under follow-up care by a general practitioner. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2025;24(3):4372. (In Russ.) Шепель Р. Н., Ипатов П. В., Дроздова Л. Ю. и др. Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) врачом-терапевтом пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025;24(3):4372. doi:10.15829/1728-8800-2025-4372. EDN: JHOQVT.

7. Drapkina OM, Ivashkin VT, Maev IV, et al. Outpatient follow-up of patients with alcohol-associated liver cirrhosis by a primary care physician. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(1):115-45. (In Russ.) Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В. и др. Диспансерное наблюдение пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(1):115-45. doi:10.15829/3034-4123-2025-33. EDN: DQSXKB.

8. Sterling RK, Asrani SK, Levine D, et al. AASLD Practice Guideline on noninvasive liver disease assessment of portal hypertension. *Hepatology*. 2025;81(3):1060-85. doi:10.1097/HEP.0000000000000844.

9. Sterling RK, Duarte-Rojo A, Patel K, et al. AASLD Practice Guideline on imaging-based noninvasive liver disease assessment of hepatic fibrosis and steatosis. *Hepatology*. 2025;81(2):672-724. doi:10.1097/HEP.0000000000000843.

10. Kashin SV, Kuvaev RO, Drapkina OM, et al. Standards for performing esophago-gastroduodenoscopy (EGDS) in the framework of the medical examination program for certain groups of the adult population of the Russian Federation: Methodological recommendations. Moscow: Silicea-Polygraph LLC, 2024. 58 p. (In Russ.) Кашин С. В., Куваев Р. О., Драпкина О. М. и др. Стандарты выполнения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в рамках программы диспансеризации определенных групп взрослого населения Российской Федерации: Методические рекомендации. Москва: ООО Силицея-Полиграф, 2024. 58 с. ISBN: 978-5-605-25981-7. doi:10.15829/ROPNIZ-k6-2024. EDN: IYLUGC.

11. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of preventive medical examination and medical examination of certain groups of the adult population: Methodological recommendations of the Federal State Budgetary Institution "NMIC TPM" of the Ministry of Health of the Russian Federation. 2nd edition. Moscow: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, 2020. 232 p. (In Russ.) Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения : Методические рекомендации ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России. 2-е издание. Москва: Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины, 2020. 232 с. ISBN: 978-5-6043991-1-8. EDN QWHFZK.

12. Drapkina OM, Briko NI, Namazova-Baranova LS, et al. Immunoprophylaxis. Guidelines (second edition). Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):135-262. (In Russ.) Драпкина О. М., Брико Н. И., Намазова-Баранова Л. С. и др. Иммунопрофилактика. Методические рекомендации (второе издание). Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):135-262. doi:10.15829/3034-4123-2025-76. EDN: DBKJIQ.

13. Drapkina OM, Avalueva EB, Bakulin IG, et al. Management of patients with iron deficiency anemia in the context of primary health care. Guidelines. Primary Health Care (Russian Federation). 2025;2(3):55-114. (In Russ.) Драпкина О. М., Авалуева Е. Б., Бакулин И. Г. и др. Ведение пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи: обновленные методические рекомендации. Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(3):55-114. doi:10.15829/3034-4123-2025-61. EDN: UKRRDT.

14. Amarneh M, Akhter A, Rajput MZ, et al. Gallbladder Scallopings, Mammillated Caudate Lobe, and Inferior Vena Cava Scalloping: Three Novel Ultrasound Signs of Cirrhosis. *Acad Radiol*. 2018;25(11):1374-80. doi:10.1016/j.acra.2018.02.011.

15. Singal AG, Llovet JM, Yarchoan M, et al. AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2023;78(6):1922-65. doi:10.1097/HEP.0000000000000466. Erratum in: *Hepatology*. 2023;78(6):E105. doi:10.1097/HEP.0000000000000621.

16. Expert Panel on Gastrointestinal Imaging; Smith EN, Bashir MR, Fung A, et al. ACR Appropriateness Criteria® Staging and Follow-Up of Primary Liver Cancer. *J Am Coll Radiol*. 2025;22(11S):S699-S712. doi:10.1016/j.jacr.2025.08.032.

Гепа-Мерц®

МНН орнитин



Показания к применению:*

- Острые и хронические заболевания печени, сопровождаемые гипераммониемией
- Печеночная энцефалопатия (латентная и выраженная)
- Стеатозы и стеатогепатиты (различного генеза)

* ОХЛП Гепа-Мерц®, РУ П № 015093/01 от 22.03.2007



ООО «Мерц Фарма» Россия, 123112, Москва
Пресненская наб., 10, блок С, «Башня на набережной»
тел.: +7 (495) 653-8-555, факс: +7 (495) 653-8-554
e-mail: info@merz.ru, merztherapeutics.ru
Merz-2481532 от 28.03.2025

Информация для сотрудников здравоохранения

17. Lee YJ, Lee JM, Lee JS, et al. Hepatocellular carcinoma: diagnostic performance of multidetector CT and MR imaging—a systematic review and meta-analysis. *Radiology*. 2015;275(1):97-109. doi:10.1148/radiol.14140690.
18. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. *J Hepatol*. 2019;70(1):172-93. doi:10.1016/j.jhep.2018.06.024.
19. Plauth M, Bernal W, Dasarthy S, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. *Clin Nutr*. 2019;38(2):485-521. doi:10.1016/j.clnu.2018.12.022.
20. Lukina YuV, Kutishenko NP, Martsevich SYu, Drapkina OM. The Questionnaire Survey Method in Medicine on the Example of Treatment Adherence Scales. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2021;17(4):576-83. (In Russ.) Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю., Драпкина О.М. Разработка и валидизация новых опросников в медицине на примере шкалы приверженности лекарственной терапии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2021;17(4):576-83. doi:10.20996/1819-6446-2021-08-02.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Драпкина Оксана Михайловна (Oksana M. Drapkina) — д.м.н., профессор, академик РАН, директор; главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России; зав. кафедрой терапии и профилактической медицины, президент РОПНИЗ, ORCID: 0000-0002-4453-8430;

Маевская Марина Викторовна (Marina V. Maevskaya) — д.м.н., профессор, врач-гастроэнтеролог ЛДО №3, УКБ №2; вице-президент Российского общества по изучению печени, ORCID: 0000-0001-8913-140X;

Шепель Руслан Николаевич (Ruslan N. Shepel) — к.м.н., доцент, зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, исполнительный директор РОПНИЗ, ORCID: 0000-0002-8984-9056;

Жарова Мария Евгеньевна (Mariia E. Zharova) — к.м.н., врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог, эксперт центра организации программ скрининга онкологических заболеваний, старший научный сотрудник отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-8325-5927;

Гречишниковая Василиса Романовна (Vasilisa R. Grechishnikova) — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ORCID: 0000-0002-3851-626X.

Адреса организаций авторов: ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Петроверигский пер., 10, стр. 3, Москва, 101990, Россия; ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет), ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Москва, 119991 Россия; ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, ул. Долгоруковская, д. 4, Москва, 127006, Россия.

Addresses of the authors' institutions: National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Petroverigsky Lane, 10, bld. 3, Moscow, 101990, Russia; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Trubetskaya str., 8, bld. 2, Moscow, 119991, Russia; Russian University of Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation, Dolgorukovskaya str., 4, Moscow, 127006, Russia.