

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

Методические рекомендации содержат описание организации проведения диспансерного наблюдения пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом.

В данном документе представлены современные подходы к диагностике, включая клинические, лабораторные и инструментальные методы, необходимые для динамического наблюдения пациентов с алкогольным циррозом печени. Также изложены стандарты лечения, охватывающие как медикаментозные, так и немедикаментозные методы терапии, направленные на замедление прогрессирования заболевания, предотвращение осложнений и улучшение качества жизни пациентов. Особое внимание уделено интеграции мультидисциплинарного подхода для оптимизации ведения пациентов. Методические рекомендации основаны на данных доказательной медицины и содержат последние клинические исследования и международные стандарты, что делает их актуальными и полезными для практикующих врачей.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-терапевтов участковых цехового врачебного участка, а также среднего медицинского персонала, работающего с указанными врачами, фельдшеров фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских здравпунктов) в случае возложения на них функций лечащего врача. Могут быть использованы врачами-организаторами здравоохранения, руководителями медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи и их подразделений.

Ключевые слова: алкогольный цирроз печени, диспансерное наблюдение, первичное звено здравоохранения, диагностика и мониторинг, мультидисциплинарный подход, печеночная энцефалопатия, нутритивная поддержка, абстиненция, краткое профилактическое консультирование.

Отношения и деятельность: нет.

Рецензенты:

Абдулганиева Д. И. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО "Казанский ГМУ" Минздрава России, главный внештатный терапевт Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань, Россия);

Бакулин И. Г. — д.м.н., профессор, декан лечебного факультета, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С. М. Рысса ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И. И. Мечникова" (Санкт-Петербург, Россия).

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России (протокол № 9 от 19.11.2024).

Для цитирования: Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В., Ливзан М. А., Дроздова Л. Ю., Жаркова М. С., Ипатов П. В., Калинина А. М., Люсина Е. О., Маевская М. В., Свищева А. А., Шепель Р. Н., Шептулина А. Ф. Диспансерное наблюдение пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации. *Первичная медико-санитарная помощь*. 2025;2(1):115-145. doi: 10.15829/3034-4123-2025-33. EDN DQ5XKB

Драпкина О. М.,
Ивашкин В. Т.,
Маев И. В.,
Ливзан М. А.,
Дроздова Л. Ю.,
Жаркова М. С.,
Ипатов П. В.,
Калинина А. М.,
Люсина Е. О.,
Маевская М. В.,
Свищева А. А.,
Шепель Р. Н.*,
Шептулина А. Ф.

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

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

ГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России, Москва, Российская Федерация

ФГБОУ ВО "ОмГМУ" Минздрава России, Омск, Российская Федерация

Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний, Москва, Российская Федерация

Российское общество по изучению печени, Москва, Российская Федерация

*Corresponding author (Автор, ответственный за переписку): r.n.shepel@mail.ru

Поступила: 20.11.2024

Принята: 22.11.2024



Guidelines

Editorial

Outpatient follow-up of patients with alcohol-associated liver cirrhosis by a primary care physician. Guidelines

The guidelines describe the organization of follow-up of patients with alcohol-associated liver cirrhosis by a general practitioner.

This document presents modern approaches to diagnostics, including clinical and paraclinical methods necessary for follow-up monitoring of patients with alcohol-associated liver cirrhosis. It also includes treatment standards covering both pharmacological and non-pharmacological methods aimed at slowing the disease progression, preventing complications and improving the quality of life. Special emphasis is placed on the integration of a multidisciplinary approach, involving collaboration among specialists to optimize patient management. The guidelines are based on evidence-based medicine and include the latest clinical research and international standards, making them relevant and useful for practitioners.

The guidelines are intended for general practitioners, family doctors, as well as for mid-level health providers working with the above-mentioned doctors, for paramedics performing the doctor functions. The guidelines can be used by public health physicians, heads of primary health care facilities and their divisions.

Keywords: alcohol-associated liver cirrhosis, outpatient follow-up, primary health care, diagnostics and monitoring, multidisciplinary approach, hepatic encephalopathy, nutritional support, abstinence, brief preventive counseling.

Relationships and Activities: none.

For citation: Drapkina O. M., Ivashkin V. T., Maev I. V., Livzan M. A., Drozdova L. Yu., Zharkova M. S., Ipatov P. V., Kalinina A. M., Lyusina E. O., Mayevskaya M. V., Svishcheva A. A., Shepel R. N., Sheptulina A. F. Outpatient follow-up of patients with alcohol-associated liver cirrhosis by a primary care physician. Guidelines. *Primary Health Care (Russian Federation)*. 2025;2(1):115-145. doi: 10.15829/3034-4123-2025-33. EDN DQSXKB

АБП — алкогольная болезнь печени, АЦП — алкогольный цирроз печени, БАБ — бета-адреноблокаторы, ВРВП — варикозное расширение вен пищевода, ДН — диспансерное наблюдение, КПК — краткое профилактическое консультирование, ПЭ — печеночная энцефалопатия, УДХК — урсодезоксихолевая кислота, ЦП — цирроз печени.

Drapkina O. M.,
Ivashkin V. T.,
Maev I. V.,
Livzan M. A.,
Drozdova L. Yu.,
Zharkova M. S.,
Ipatov P. V.,
Kalinina A. M.,
Lyusina E. O.,
Mayevskaya M. V.,
Svishcheva A. A.,
Shepel R. N. *,
Sheptulina A. F.

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

Sechenov First Moscow State Medical
University, Moscow, Russian Federation

Russian University of Medicine
of the Ministry of Health of Russia,
Moscow, Russian Federation

Omsk State Medical University,
Omsk, Russian Federation

Russian Society for the Prevention
of Noncommunicable Diseases,
Moscow, Russian Federation

Russian Society for the Study
of the Liver (ROPIP), Moscow,
Russian Federation

*Corresponding author:
r.n.shepel@mail.ru

Received: 20.11.2024

Accepted: 22.11.2024



Алкогольный цирроз печени (АЦП) — одна из клинических форм алкогольной болезни печени (АБП).

Цирроз печени (ЦП) — это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов. Это финальная стадия большинства хронических диффузных заболеваний печени¹.

АБП — клиничко-морфологическое понятие, отражающее поражение печени в результате злоупотребления алкоголем. АБП имеет следующие клиничко-морфологические формы: стеатоз, алкогольный гепатит (стеатогепатит), фиброз и ЦП².

Причиной развития АБП, включая АЦП, является употребление алкоголесодержащих напитков. При алкогольной зависимости факт наличия АБП диагностируется практически у всех пациентов².

По данным Всемирной организации здравоохранения, ~4,7% всех смертей в мире связаны с заболеваниями/состояниями, вызванными употреблением алкоголя³. В России официальная заболеваемость алкоголизмом в 2022 г. составила 1051,4 тыс. человек (Росстат). АЦП развивается ~ у 10-20% людей с длительным и чрезмерным употреблением алкоголя [1].

Основными источниками информации по клиническим аспектам проведения диспансерного наблюдения (ДН) пациентов с АЦП являются **Клинические рекомендации "Алкогольная болезнь печени"**, разработанные Российским обществом по изучению печени, Российской гастроэнтерологической ассоциацией, Общероссийской общественной организацией "Российское научное медицинское общество терапевтов", Российским обществом профилактики неинфекционных заболеваний и ассоциацией психиатров и психологов за научно-обоснованную практику, одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России в 2024 г., **Клинические рекомендации "Алкогольная болезнь печени (АБП) у взрослых"**, разработанные Общероссийской общественной организацией "Российское научное медицинское общество терапевтов" и Научным

обществом гастроэнтерологов России, утвержденные Минздравом России и одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России в 2021 г. и **Клинические рекомендации "Цирроз и фиброз печени"**, разработанные Российским обществом по изучению печени и Российской Гастроэнтерологической Ассоциацией, также одобренные Научно-практическим Советом Минздрава России в 2021 г. Кроме того, ведение пациентов с АЦП регламентируется **Стандартом медицинской помощи взрослым при циррозе и фиброзе печени (диагностика и лечение)**, утвержденным приказом Минздрава России от 28 декабря 2022 г. № 810н.

ДН пациентов с АЦП врачом-терапевтом⁴ осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми".

Алгоритм диспансерного приема (осмотра, консультации) пациента с АЦП представлен в **таблице 1**.

Основными задачами ДН за пациентами с АЦП являются:

1. Динамическое наблюдение с обследованиями и контролем риска развития осложнений АЦП: кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) и желудка, асцита, печеночной энцефалопатии (ПЭ), дисфункции/острого повреждения почек и гепаторенального синдрома, легочных осложнений (печеночный гидроторакс, гепатопульмональный синдром, портопальмональная гипертензия), цирротической кардиомиопатии и вторичной надпочечниковой недостаточности и инфекционных осложнений (спонтанный бактериальный перитонит, мочевиная инфекция, пневмония, инфекции мягких тканей и бактериемия).
2. Скрининг гепатоцеллюлярного рака.
3. Профилактика злоупотребления алкоголем и лечение развившейся алкогольной зависимости.
4. Динамический анализ показаний для трансплантации печени.

¹ Клинические рекомендации "Алкогольная болезнь печени (АБП) у взрослых". https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/711_1 (20.08.2024).

² Клинические рекомендации "Алкогольная болезнь печени". https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/711_2 (30.10.2024).

³ WHO (2024). Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorder;2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745> (20.11.2024).

⁴ 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н.

Таблица 1

Алгоритм ДН врачом-терапевтом пациентов с АЦП

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
<p>Алкогольный цирроз печени (K70.3)</p>	<p>Первое посещение: при взятии под ДН, направление пациента на профилактический медицинский осмотр или диспансеризация определенных групп взрослого населения;</p> <p>Далее — 1 раз в 3-4 мес.</p> <p>Контролируемые показатели: отсутствие данных, подтверждающих злокачественные новообразования по результатам УЗИ ОБП или КТ, или МРТ; повышение уровня альфа-фетопротейна крови</p> <p>Длительность наблюдения — пожизненно или до выявления/лечения гепатоцеллюлярной карциномы</p>	<p>Сбор жалоб с оценкой динамики:</p> <ul style="list-style-type: none"> • астенический синдром: слабость, головокружение, головные боли, анорексия, нарушение ритма сна и бодрствования, снижение либидо и толерантности к физическим нагрузкам, небольшое повышение температуры тела, потеря массы тела; • диспепсия и нарушения стула: тошнота, рвота и диарея; • боль и дискомфорт в правом подреберье; • зуд кожных покровов, желтушность кожных покровов, осветление кала, потемнение мочи; • неврологический синдром: сонливость или нарушение/спутанность сознания, инверсия ритма сна, нарушение речи, астериксис, повышение мышечного тонуса глубоких сухожильных рефлексов, повышение аппетита; • отечно-асцитический синдром: отеки нижних конечностей, увеличение живота в объеме; • геморрагический синдром: повышение кровоточивости и появление подкожных гематом без видимых причин. <p>Сбор анамнеза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • история употребления алкоголя: 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 (Приложения 1-3); • наличие других заболеваний печени, инфекций вирусными гепатитами, обструкции желчных путей, а также сопутствующих и сочетанных заболеваний или отдельных симптомов, которые могут быть связаны с повреждением печени и усугубляют развитие и течение АЦП (сахарный диабет, ожирение и метаболический синдром, ВИЧ-инфекция, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, вирусные гепатиты В и С, перегрузка железом, дефицит альфа-1-антитрипсина и др.); • наличие аутоиммунных заболеваний (например, аутоиммунный тиреоидит, воспалительные заболевания кишечника, синдром Шегрена и т.д.), которые могут ассоциироваться с повреждением печени и усиливать повреждающее действие на ткани печени этанола с прогрессированием АЦП;

⁵ Международная классификация болезней 10-го пересмотра, <https://mkb-10.com/index.php?pid=8073> (22.08.2024).

⁶ Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2022 г., регистрационный № 68288). СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заблевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<ul style="list-style-type: none"> • выявление других вредных привычек, в том числе курения, прием наркотических препаратов; • наличие в анамнезе переливания крови, оперативных вмешательств, стоматологических процедур, парентеральных введений лекарственных и прочих веществ, пирсинга, татуировок; • отношение пациента к группам риска (пациенты с вирусными гепатитами, сексуальные меньшинства); • полноценность питания; • уточнить контакт с токсичными веществами в рамках профессиональной деятельности; • лекарственный анамнез (выяснить все используемые лекарственные препараты по назначению врачей (наличие полипрагмазии), так и без назначения. Необходимо выявлять препараты, которые могут оказывать дозозависимый, токсический эффект и прямое повреждающее действие на печень, а также проводить активный опрос пациента об употреблении биологически активных добавок, витаминов и препаратов растительного происхождения); • динамика симптомов, частота и длительность обострений, ремиссия заболевания. <p>Физикальное обследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии); • расчет ИМТ; • измерение частоты сердечных сокращений; • измерение артериального давления; • измерение температуры тела; • осмотр на наличие и распространенность периферических отеков; • пальпация пульса на периферических артериях; • осмотр, пальпация и перкуссия живота; • аускультация сердца и легких; • осмотр кожных покровов; • динамометрия (оценка выраженности саркопении). <p>При объективном исследовании следует обращать внимание на так называемые "алкогольные стигмы", к которым относятся одутловатость лица, расширение сосудов носа и склер, увеличение околоушных слюнных желез, ринофима, атрофия мышц плечевого пояса, яркие сосудистые звездочки, гинекомастия, контрактура Дюпюитрена, тремор пальцев рук, атрофия яичек, гепатомегалия, "мраморность" кожных покровов, повышенная потливость, раздражительность (Приложение 4).</p>

Таблица 1. Продолжение

Заблевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<p>Оценка факторов риска, влияющих на прогрессирование АЦП:</p> <ul style="list-style-type: none"> • женский пол; • ожирение и ИМТ ≥ 30 кг/м² и абдоминальное ожирение (окружность талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин); • инфекция, обусловленная гепатотропными вирусами; • прием некоторых ксенобиотиков, их количество и длительность (группы нестероидных противовоспалительных средств (ацетилсалициловой кислоты, индометацина, ибупрофена и др.), антибиотиков (например, тетрациклинового ряда), амиодарона, метотрексата, кортикостероидов, эстрогенов, противогрибковых препаратов системного действия, противотуберкулезных препаратов (например, изониазид), а также слабительных средств, тамоксифена, противосудорожных средств, психотропных, анестетиков, антидепрессантов); • продолжающийся прием алкоголя; • курение. <p>Лабораторные диагностические исследования [2, 3]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • общий (клинический) анализ крови развернутый — 1 раз в год; • анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, альбумин, билирубин общий, билирубин связанный (конъюгированный), креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, глюкоза) — 1 раз в год; • коагулограмма (международное нормализованное отношение, протромбиновый индекс (%), фибриноген, протромбин, протромбиновое (тромбопластиновое) время) — 1 раз в год; • определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови — 1 раз в год при наличии факторов риска; • определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (<i>Hepatitis C virus</i>) в крови — 1 раз в год при наличии факторов риска; • определение антител к вирусу гепатита D (<i>Hepatitis D virus</i>) в крови — при выявлении HbsAg или наличии в анамнезе HBV инфекции; • определение уровня альфа-фетопротеина — 1 раз в год.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<p>Инструментальные диагностические исследования [2, 3]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • регистрация электрокардиографии — 1 раз в год (для исключения нарушений ритма сердца, косвенных признаков алкогольной кардиомиопатии и других сочетанных и сопутствующих заболеваний сердца); • УЗИ ОБП — 2 раза в год; • эзофагогастродуоденоскопия — 1 раз в 2-3 года (в зависимости от активности заболевания) при отсутствии варикозных вен пищевода на старте, 1 раз в 1-2 года (в зависимости от активности заболевания) при небольших венах пищевода и отсутствии пятен васкулопатии; • 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-фетопротейна или других подозрениях на гепатоцеллюлярный рак — по показаниям. <p>Оценка тяжести цирроза по шкале Child-Pugh (Приложение 5):</p> <ul style="list-style-type: none"> • проведение оценки тяжести ЦП рекомендовано у всех пациентов с данным диагнозом. <p>Оценка состояния сознания больного с ПЭ по Тесту связи чисел (Приложение 6):</p> <ul style="list-style-type: none"> • для определения скрытой ПЭ (минимальной и ПЭ 1 стадии по критериям West-Haven), которая клинически не проявляется и характеризуется снижением быстроты познавательной деятельности и точности тонкой моторики и для оценки динамики психометрических тестов в процессе лечения. <p>Оценка состояния сознания больного с ПЭ по Animal naming test (Приложение 7):</p> <ul style="list-style-type: none"> • для определения скрытой ПЭ (минимальной и ПЭ 1 стадии по критериям West-Haven), которая клинически не проявляется и характеризуется снижением быстроты познавательной деятельности и точности тонкой моторики и для оценки динамики психометрических тестов в процессе лечения. <p>Оценка стадии ПЭ по критериям West-Haven (Приложение 8):</p> <ul style="list-style-type: none"> • для оценки тяжести клинически явной ПЭ (начиная со 2 стадии West-Haven). <p>Оценка терминальной стадии заболеваний печени по индексу MELD-Na (Приложение 9):</p> <ul style="list-style-type: none"> • проведение оценки для определения очередности трансплантации печени в листе ожидания. <p>Определение показаний к госпитализации (Приложение 10)</p>

Таблица 1. Продолжение

Заблевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<p>Консультации врачей-специалистов, в том числе с применением телемедицинских технологий⁷:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Оценка достижения целевых показателей здоровья:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нормализация белково-синтетической функции печени; • абстиненция; • нормализация аланинаминотрансферазы/ аспартатаминотрансферазы; • ИМТ — 18,5-24,9 кг/м², окружность талии — <94 см (мужчины) и <80 см (женщины). <p>Краткое профилактическое консультирование (при наличии факторов риска) направлено на поддержание/контроль абстиненции, а также включает обсуждение всех индивидуальных факторов риска (см. выше), рекомендации по профилактике модифицируемых факторов, психоэмоционального стресса, что важно для всех пациентов, особенно сотягощенным наследственным анамнезом. Необходимо направить пациента в отделение (кабинет) медицинской профилактики для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции факторов риска, включая употребление алкоголя (Приложение 11).</p> <p>Немедикаментозная и медикаментозная терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • основные этапы терапии пациентов с АЦП включают лекарственную терапию, направленную в том числе на достижение и поддержание абстиненции, коррекцию печеночной недостаточности и нутритивную поддержку, профилактику развития осложнений ЦП (Приложения 11, 12).

⁷ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий". СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<p>Уточнение факта приема лекарственных средств, а также прочих препаратов при наличии показаний к их применению.</p> <p>Определение приверженности к проводимому лечению и его эффективности по оценке самого пациента, выявление причин невыполнения ранее назначенного лечения.</p> <p>Корректировка немедикаментозной и медикаментозной терапии (при необходимости):</p> <ul style="list-style-type: none"> • коррекция модифицируемых факторов риска; • исключение необоснованного приема лекарств; • коррекция частично модифицируемых факторов риска; • коррекция фармакотерапии; • коррекция терапии сопутствующих заболеваний. <p>Направление в отделение (кабинет медицинской реабилитации)/на консультацию к врачу по физической и реабилитационной медицине (врачу по медицинской реабилитации) для определения индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации (Приложение 13).</p> <p>Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний для направления на санаторно-курортное лечение (Приложение 13).</p> <p>Информирование пациента о результатах проведенного диспансерного осмотра:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выдача рекомендаций, информирование о целевых уровнях показателей здоровья; • направление пациента с наличием факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в отделение/кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования с целью коррекции факторов риска; • информирование о необходимости регулярного динамического диспансерного наблюдения; • информирование о необходимости прохождения диспансеризации и ежегодно профилактического медицинского осмотра⁸; • информирование о дате следующей явки.

⁸ Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. № 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 июня 2021 г., регистрационный № 64042). СПС Консультант Плюс.

Таблица 1. Продолжение

Заболевание в соответствии с клинической классификацией (код МКБ-10) ⁵	Регулярность (периодичность) диспансерных приемов ⁶	Рекомендуемые вмешательства и методы исследования во время диспансерного приема пациента врачом-терапевтом
		<p>Направление на вакцинацию:</p> <ul style="list-style-type: none"> • против гриппа — ежегодно, в первую очередь пациенты пожилого возраста для снижения риска смерти; • против пневмококковой инфекции — пациенты, относящиеся к группам риска (лица, подлежащие призыву на военную службу; лица старше 60 лет, страдающие хроническими заболеваниями легких; лица старше трудоспособного возраста, проживающие в организациях социального обслуживания); • против гепатита В — взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее против вирусного гепатита В; лица, у которых произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В; лица из группы риска, в силу профессиональных обязанностей имеющие постоянный контакт с кровью в случае снижения титра антител <100 МЕ/л. <p>Оформление медицинской документации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • форма №025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"; • форма №030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"⁹; • форма №057/у-04 "Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию"¹⁰ (при необходимости).

Сокращения: АЦП — алкогольный цирроз печени, ИМТ — индекс массы тела, КТ — компьютерная томография, МРТ — магнитно-резонансная томография, ОБП — органы брюшной полости, ПЭ — печеночная энцефалопатия, УЗИ — ультразвуковое исследование, ЦП — цирроз печени.

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению". СПС Консультант Плюс.

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг". СПС Консультант Плюс.

Гепат-Мерц®

МНН орнитин

Включен в клинические рекомендации Алкогольная болезнь печени*



Показания к применению: **

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

* Клинические рекомендации Алкогольная болезнь печени, Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2024 год, 78 стр.

** Инструкция по медицинскому применению препарата Гепат-Мерц®, РУ П № 015093/01 от 22.03.2007



WWW.HEPA-MERZ.RU

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-2455328 от 06.02.2025

Приложение 1

Анкета-опросник для оценки характера употребления алкоголя "AUDIT"^{1,11} [4]

Количество баллов					
0	1	2	3	4	Баллы
1 Как часто Вы употребляете спиртные напитки?					
Никогда	1 раз в мес. и реже	2-4 раза в мес.	2-3 раза в нед.	4 и более раз в нед.	<input type="checkbox"/>
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 700-1 000 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 1 000 мл 11-13% сухого вина, или более 5 бутылок 5% пива	<input type="checkbox"/>
3 Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение 1 дня?					
Никогда	Менее 1 раза в мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
4 Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?					
Никогда	Менее 1 раза в мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
5 Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?					
Никогда	Менее 1 раза в мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
6 Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром для устранения похмелья?					
Никогда	Менее 1 раза в мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
7 Как часто за последний год у Вас возникало чувство вины на следующий день после употребления алкоголя?					
Никогда	Менее 1 раза в мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
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 мес.	1 раз в мес.	1 раз в нед.	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>

¹¹ Онлайн-калькулятор. <https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/audit-test.html> (24.01.2025).

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 2

Анкета-опросник для оценки характера употребления алкоголя "RUS-AUDIT" ^{1,12}

Количество баллов						
0	1	2	3	4	Баллы	
1	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?					
Никогда	Раз в месяц или реже	2-4 раза в мес.	2-3 раза в нед.	4 раза в нед. или чаще	<input type="checkbox"/>	
2	Сколько алкогольных напитков (стандартных порций, СП)					
1-2 СП	3-4 СП	5-6 СП	7-9 СП	10 или больше СП	<input type="checkbox"/>	
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 мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>	
4	Как часто за последние 12 мес. Вы не могли остановиться, начав употреблять алкогольные напитки?					
Никогда	Реже одного раза в мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>	
5	Как часто за последние 12 мес. из-за выпивки Вы не сделали то, что от Вас обычно ожидалось?					
Никогда	Реже одного раза в мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>	
6	Как часто за последние 12 мес. Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после выпивки (опохмелиться)?					
Никогда	Реже одного раза в мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>	
7	Как часто за последние 12 мес. Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?					
Никогда	Реже одного раза в мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>	
8	Как часто за последние 12 мес. Вы испытывали чувство вины или сожаления после выпивки?					
Никогда	Реже одного раза в мес.	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	<input type="checkbox"/>	
9	Являлось ли Ваше употребление алкогольных напитков причиной травмы у Вас или у других людей?					
Никогда	-	Да, более 12 мес. назад	-	Да, в течение последних 12 мес.	<input type="checkbox"/>	
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 мес. назад	-	Да, в течение последних 12 мес.	<input type="checkbox"/>	
Укажите количество баллов Максимальное количество баллов — 40					<input type="checkbox"/>	

¹² Отчет о реализации проекта RUS-AUDIT: Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя в Российской Федерации <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikacii/alkogolizm-i-zloupotreblenie-narkoticheskimi-sredstvami-narkomaniya/alkogolizm/3794.html> (24.01.2025).

Ключ (интерпретация):

Зона риска	Количество баллов		Уровень риска	Тактика медицинского алгоритма действий
	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, 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, которое приводит к последствиям для физического и психического здоровья.	Краткое вмешательство/консультирование и наблюдение в 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, суммируйте количество стандартных порций и отметьте соответствующий балл.

Приложение 3

Таблица для перевода алкогольных напитков в стандартные порции алкоголя

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.				
<p>Маленький бокал вина или шампанского, 100 мл</p> <p>Крепость 12-13%</p> 	<p>Половина кружки пива, 250 мл</p> <p>Крепость 4,5-5%</p> 	<p>Бокал крепленого вина, 60 мл</p> <p>Крепость 16-22%</p> 	<p>Маленькая рюмка крепкого алкоголя, 30 мл</p> <p>Крепость 40%</p> 	
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

Сокращение: СП — стандартная порция.

Приложение 4

Модифицированный тест для оценки вероятности хронического злоупотребления алкоголем "Сетка LeGo"^{13,14}

№ 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, 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 диагноза АБП.

¹³ Сетка Р.М. LeGo. Онлайн-калькулятор. <https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/lego-test.html> (24.01.2025).

¹⁴ Сетка Р.М. Lego (в модификации Жаркова О. Б., Огурцова П. П., Моисеева В. С.) <https://sudact.ru/law/klinicheskie-rekomendatsii-alkogolnaia-bolezn-pecheni-abp-u-prilozhenie-g1-gn/prilozhenie-g6/> (24.01.2025).

Приложение 5

Шкала оценки тяжести цирроза по Child-Pugh^{1,15,16}

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%.

¹⁵ Шкала по Child-Pugh <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST/78401> (24.01.2025).

¹⁶ Клинический калькулятор. <https://www.msmanuals.com/ru-ru/professional/multimedia/clinical-calculator/> (24.01.2025).

Приложение 6

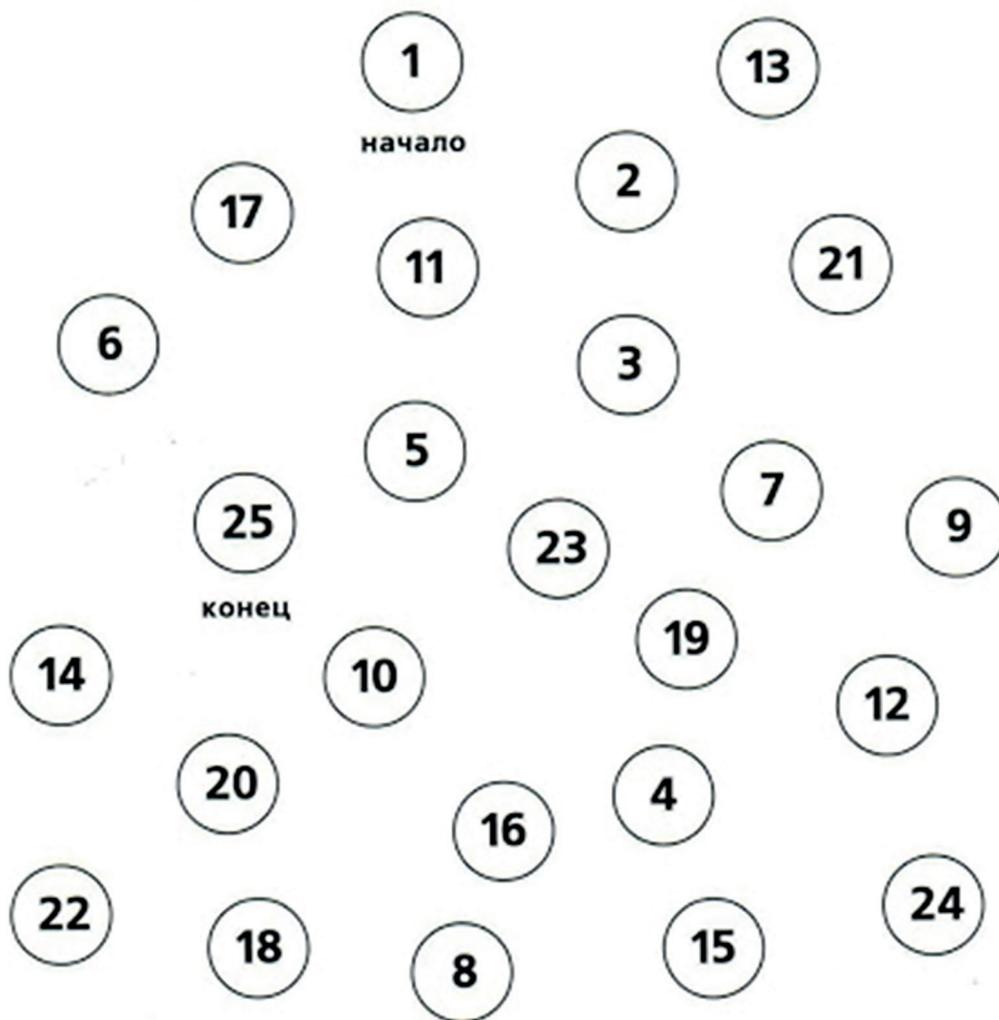
Тест связи чисел для определения стадии ПЭ у пациентов с ЦП, в том числе латентной ПЭ¹

ВАРИАНТ 1

ФИО _____

Дата исследования _____ Время выполнения теста (сек.) _____

Образец почерка (имя и отчество) _____



Ключ (интерпретация):

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

Приложение 7

Опросник для оценки сознания больного ПЭ Animal naming test [5]

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 мин., спросите, есть ли еще животные, которых он хотел бы добавить.

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

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

Через 1 мин. 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 АЦП.

Приложение 8

Критерии West-Haven для определения стадии ПЭ у пациентов с ЦП¹⁷ [6]

West-Haven критерии, включая минимальную печеночную энцефалопатию	ISHEN	Описание	Предлагаемые оперативные критерии	Комментарий
Печеночной энцефалопатии нет		<ul style="list-style-type: none"> Нет симптомов и анамнеза печеночной энцефалопатии 	Скорость психомоторных функций по результатам психометрического / нейропсихологического тестирования или результаты нейрофизиологического исследования в пределах референсных значений.	
Минимальная	Скрытая	<ul style="list-style-type: none"> 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. Требуется локальные стандарты и опытный оператор.
1 степень (стадия)		<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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)		<ul style="list-style-type: none"> 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 3 из следующих признаков: страна, область (или регион), город или место).	Клинические данные в некоторой степени воспроизводимы.
4 степень (стадия)		<ul style="list-style-type: none"> 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.

¹⁷ Клинические рекомендации EASL. https://easl.eu/wp-content/uploads/2018/10/2014-Hepatic_Encephalopathy_RU.pdf (24.01.2025).

Приложение 9

Индекс MELD-Na для определения очередности трансплантации печени в листе ожидания¹⁸

$$\text{MELD}(i) = 0.957 \times \ln(\text{креатинин}) + 0.378 \times \ln(\text{билирубин}) + 1.120 \times \ln(\text{МНО}) + 0.643$$

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 выявлено, что она обладает большой достоверностью при прогнозировании летального исхода в течение 3-х мес. 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 ч
≥24, но >18	Каждый мес.	7 дней
≤18, но ≥11	Каждые 3 мес.	14 дней
≤11, но >0	Каждые 12 мес.	30 дней

¹⁸ Индекс MELD. <https://www.mayoclinic.org/medical-professionals/transplant-medicine/calculators/meld-model/itt-20434705> (24.01.2025).

Приложение 10

Показания к госпитализации²

Показания к госпитализации при АБП, включая АЦП:

- для проведения диагностики в неясных случаях для уточнения причины поражения печени (если необходимые исследования не могут быть проведены амбулаторно);
- при наличии следующих клинических симптомов/синдромов: желтуха, клинически выраженная энцефалопатия (II стадия и выше), впервые возникший или медикаментозно неконтролируемый/напряженный асцит, отечный синдром, подозрение на кровотечение, появление/усиление астенического синдрома, подозрение на развитие инфекционного осложнения, появление/усиление одышки, клинические признаки поражения почек (олиго-/анурия);
- прогрессирующая печеночно-клеточная недостаточность, печеночная энцефалопатия, для решения вопроса о трансплантации печени.

Приложение 11

Лечение АЦП на амбулаторном этапе

Лечение АЦП направлено на замедление прогрессирования заболевания, предотвращение и лечение осложнений, а также улучшение качества жизни пациента.

Основные подходы к лечению включают:

1. **Абстиненция.** Достижение абстиненции представляется наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования АБП. При этом у большинства пациентов с АЦП выявляется алкогольная зависимость, в связи с чем наблюдение должно осуществляться совместно с врачом — психиатром-наркологом, в том числе для предотвращения прогрессирования или купирования алкогольного абстинентного синдрома и алкогольного психоза с подбором адекватной терапии² [4, 7].

Основные методы борьбы с алкогольной зависимостью включают стационарную или амбулаторную реабилитацию (в зависимости от степени тяжести заболевания), в том числе фармакотерапию, групповую терапию, индивидуальную терапию, семейное/консультирование семейных пар, а также общества взаимопомощи (такие, например, как Анонимные Алкоголики), посредством краткого профилактического консультирования (КПК), когнитивно-поведенческой терапии, мотивационного интервьюирования, программы 12 шагов и др. методов [7].

Организации ПМСП считаются наиболее подходящей площадкой для проведения КПК, направленной на прекращение прогрессирования заболевания, предотвращения осложнений и улучшение жизненного прогноза пациента² [8, 9].

КПК — это короткая, ориентированная на пациента форма психологической помощи, направленная на мотивацию к изменению поведения, связанного с употреблением алкоголя. В контексте АЦП, КПК играет важную роль в предотвращении прогрессирования заболевания путем стимулирования пациентов к отказу от употребления алкоголя.

Основные компоненты КПК [4, 7]:

1. Оценка: проводится оценка уровня потребления алкоголя и осведомленности пациента о связанных с этим рисках.
2. Консультирование: медицинский работник предоставляет информацию о вреде алкоголя и его влиянии на здоровье, особенно в контексте ЦП.
3. Мотивационное интервью: используются техники мотивационного интервьюирования для поддержки пациента в принятии решения о необходимости изменения поведения. Это включает обсуждение "за" и "против" прекращения употребления алкоголя.
4. Целеполагание: пациенту помогают установить конкретные, достижимые цели, такие как сокращение или полный отказ от употребления алкоголя.
5. План действий: разрабатывается индивидуальный план, включающий поддержку со стороны семьи, друзей, а также возможно привлечение к более специализированной помощи, такой как длительная психотерапия или реабилитационные программы.

Основные методы проведения КПК [10, 11]:

1. Метод FRAMES

FRAMES — это акроним, обозначающий шесть компонентов КПК, которые часто используются в практике:

1. Feedback (Обратная связь): врач сообщает пациенту результаты медицинских анализов и объясняет, как алкоголь влияет на состояние его печени. Например: "Ваши анализы показывают повышенные уровни печеночных ферментов, что указывает на значительное повреждение печени, вызванное алкоголем".
2. Responsibility (Ответственность): подчеркивается, что только пациент несет ответственность за изменение своего поведения. Например: "Только вы можете принять решение о прекращении употребления алкоголя".
3. Advice (Совет): врач дает четкие рекомендации по отказу от алкоголя. Например: "Для улучшения вашего состояния крайне важно полностью отказаться от алкоголя".
4. Menu of options (Меню опций): врач предлагает несколько возможных стратегий отказа от алкоголя. Например: "Вы можете обратиться в группу поддержки, начать посещать психолога или принять участие в программе реабилитации".

5. Empathy (Эмпатия): важно проявлять понимание и поддержку. Например: "Я понимаю, что отказ от алкоголя может быть трудным, но это очень важно для вашего здоровья".

6. Self-efficacy (Вера в себя): врач подчеркивает веру в способность пациента справиться с задачей. Например: "У вас есть силы справиться с этим, и я готов помочь вам в этом процессе".

2. Краткое консультирование по схеме "5А"

Схема "5А" используется для структурирования краткой интервенции и включает следующие шаги:

1. Ask (Спросить): врач задает вопросы о потреблении алкоголя. Например: "Как часто вы употребляете алкоголь и в каком количестве?".

2. Advise (Посоветовать): врач рекомендует полный отказ от алкоголя. Например: "Для вашего здоровья важно полностью отказаться от алкоголя".

3. Assess (Оценить): оценка готовности пациента к изменению. Например: "Насколько вы готовы изменить свои привычки по отношению к алкоголю?".

4. Assist (Помочь): врач предлагает помощь в виде ресурсов или направлений. Например: "Я могу направить вас к специалисту по зависимости или помочь найти группу поддержки".

5. Arrange (Организовать): назначение последующих встреч или проверок. Например: "Давайте договоримся о следующей встрече через две недели, чтобы обсудить ваш прогресс".

3. Мотивационное интервьюирование

Мотивационное интервьюирование направлено на выявление и укрепление мотивации пациента к изменению. Основные компоненты включают:

— открытые вопросы: "Что вас беспокоит в отношении вашего употребления алкоголя?";

— отражение чувств пациента: "Вы чувствуете, что употребление алкоголя влияет на ваше здоровье и качество жизни";

— поддержка изменений: "Что, по вашему мнению, может помочь вам уменьшить или прекратить употребление алкоголя?".

II. Медикаментозная терапия^{1,2}

1. Диуретики. Назначаются пациентам с впервые возникшим асцитом 2 и более степени (по классификации Международного асцитического клуба).

• Спиринолактон

Назначить спинолактон в начальной дозировке 100 мг/сут. пациентам с ЦП и впервые возникшим умеренным асцитом. Рекомендовано пошагово увеличивать дозу спинолактона до максимальной дозы 400 мг (не более 1 нед.) в день пациентам с ЦП и асцитом 2 степени при отсутствии ответа на более низкую дозу. В случае отсутствия эффекта от приема максимальной дозы в течение одной недели констатируют наличие резистентного асцита и меняют терапевтический подход. Дозу спинолактона увеличивают на 100 мг каждые 72 ч. Критерий эффективности проводимой терапии: уменьшение массы тела не менее, чем на 2 кг в неделю.

• Фуросемид/торасемид

Добавить к лечению "петлевые" диуретики — фуросемид или торасемид — в нарастающих дозах (по 40 или 5 мг, соответственно) пациентам с ЦП с умеренным асцитом при неэффективности монотерапии спинолактоном или при развитии гиперкалиемии с целью достижения отрицательного водного баланса. Пациентам назначается комбинированная терапия: спинолактон + фуросемид/торасемид. Начальная доза фуросемида (40 мг/сут.) постепенно увеличивается на 40 мг каждые 7 дней до максимальной дозы 160 мг/сут., доза торасемида — 5 мг до максимальной суточной дозы 30 мг. Рекомендовано рассмотреть вопрос замены фуросемида (эффект фуросемида может быть неудовлетворительным у пациентов с гипоальбуминемией) на торасемид пациентам с ЦП со слабым ответом на фуросемид для достижения отрицательного водного баланса.

Дозы диуретиков следует подбирать таким образом, чтобы максимальное уменьшение массы тела для пациентов с ЦП и с асцитом без периферических отеков составляло 0,5 кг в день, а для пациентов с асцитом и периферическими отеками — 1 кг в день.

2. Бета-адреноблокаторы (БАБ)

Назначение БАБ рекомендовано всем пациентам с ЦП при выявлении высокой степени ВРВП и стигм риска кровотечения при эзофагогастродуоденоскопии с целью снижения давления в портальной системе и предотвращения кровотечений из ВРВП и варикозное расширение вен желудка.

Пропранолол и карведилол целесообразно назначать в дозе, снижающей частоту пульса в покое на 25%, либо при исходно низком пульсе до 55 уд./мин. Дозы пропранолола могут варьировать от 20 мг/сут. внутрь (начальная) до 320 мг/сут. (максимальная), и подбираются индивидуально. Дозу карведилола необходимо титровать с начальной суточной дозы 6,25 мг, максимальная доза — 25 мг/сут. Рекомендовано избегать высоких доз неселективных БАБ при лечении пациентов с ЦП и напряженным или рефрактерным асцитом. Отмена или временное прекращение приема БАБ рекомендовано при гипотонии, сепсисе, признаках острого повреждения почек.

Следует избегать назначения БАБ в комбинации с вазодилататорами для лечения заболеваний сердца (органическими нитратами) пациентам с ЦП и варикозным кровотечением с целью его остановки.

3. Лактулоза

Назначить лактулозу пациентам для профилактики и лечения ПЭ с целью уменьшения уровня аммиака в системном кровотоке. Сироп лактулозы принимают в индивидуальной дозе (как правило, это 15-30 мл каждые 12 ч) до появления по крайней мере 2-3 дефекаций мягким или неоформленным стулом на протяжении суток. В дальнейшем доза препарата подбирается индивидуально для поддержания 2- или 3-кратного опорожнения кишечника в течение суток.

4. Рифаксимин

Невсасывающийся кишечный антибактериальный препарат (рифаксимин) назначается в суточной дозе 1 100 мг в 2 приема или в суточной дозе 1 200 мг в 3 приема в качестве профилактики и терапии минимальной и явной ПЭ II-III стадии, а также для первичной и вторичной профилактики инфицированного асцита. Длительность применения согласно инструкции составляет 6 мес.

5. L-орнитин L-аспартат

L-орнитин L-аспартат рекомендован пациентам с АБП, в том числе на стадии цирроза, для целей лечения ПЭ любой стадии, а также профилактики ее развития и коррекции гипераммониемии в составе комплексной терапии. Пероральная доза: от 9 до 18 г/день в виде гранулята, предварительно растворенного в 200 мл жидкости; внутривенная доза — от 20 до 40 г/сут. (в среднем 20 г/сут.) в течение 3-8 дней препарата, предварительно разведенного в 500 мл инфузионного раствора, максимальная скорость инфузии — 5 г/ч. Рекомендуемая суточная доза варьирует в зависимости от формы и тяжести ПЭ у пациента с АЦП. Возможный режим дозирования 18 г/сут. перорально в течение 60 дней, что статистически значительно предотвращает будущие эпизоды явной печеночной энцефалопатии через 6 мес. при ЦП.

6. Урсодезоксихолевая кислота (УДХК)

Рекомендуется использование препаратов УДХК в составе комбинированной терапии у пациентов с холестатическим и цитолитическим синдромами при АБП. Оптимальная доза УДХК при АБП составляет 13-15 мг/кг в сут. в 2-3 приема. Курс лечения обычно продолжается от 6 мес. до 1 года, при необходимости может быть пролонгирован на более длительный срок.

7. Адеметионин

Терапия адеметионином может быть пероральной или комбинированной (внутривенной/пероральной). Рекомендуемая доза составляет 5-12 мг/кг массы тела в сут. внутривенно или внутримышечно (400-800 мг/сут.). Рекомендованная доза пероральной формы адеметионина 10-25 мг/кг массы тела в сутки. Пациентам с исходно высоким уровнем билирубина первоначально может быть назначен адеметионин внутривенно в течение двух недель (400-800 мг ежедневно), с последующим переходом на пероральную форму адеметионин в дозе 1 500 мг ежедневно в течение следующих шести недель и более. Пациенты с исходно нормальными показателями уровня билирубина в сыворотке крови могут получать сразу пероральную форму адеметионина 1 500 мг/сут. от 8 нед. Желательно основную дозу препарата назначать в первой половине дня (2 таблетки утром, 1 таблетка вечером). Длительность курса лечения не ограничена. Адеметионин рекомендован пациентам с АБП на стадии цирроза класса А и В по Чайлд-Пью с целью улучшения клинико-биохимических показателей крови и снижения летальности². Пациентам с внутривенным холестазом может быть назначен адеметионин с целью снижения уровня биохими-

ческих маркеров холестаза (щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, билирубина). Для расчета в/в дозы адеметионина можно исходить из следующего правила: пациентам с массой тела <70 кг назначать 500 мг/сут., в случае ≥ 70 кг — 800 мг/сут. Рекомендованная доза пероральной формы адеметионина 10-25 мг/кг массы тела в сутки² [5, 12].

III. Нутритивная поддержка^{1,2} [4, 7]

Рекомендована диета с низким содержанием натрия (<2,0 г натрия в день (в пересчете на пищевую соль — в среднем 5-6 г, т.е. 1 чайная ложка в сут.) при наличии асцита для достижения отрицательного водного баланса.

Рекомендована диета с высоким употреблением белка (1,2-1,5 г на 1 кг массы тела в сут.) для предотвращения процессов катаболизма количество поступающего белка должно быть не менее 60 г/сут. при ПЭ II-III стадии по критериям West-Haven. После ликвидации признаков ПЭ суточное количество белка должно быть увеличено до 80-100 г/сут. (1,2-1,5 г/кг). Необходимо учитывать, что у каждого пациента с циррозом свой порог переносимости пищевого белка, и при белковой интолерантности его дефицит нужно восполнять энтеральным питанием. Рекомендовано пациентам с ЦП и ПЭ равномерно распределять в течение дня прием небольших порций пищи или жидких пищевых добавок, делать перекус перед сном для профилактики ночного катаболизма эндогенных белков и повышения азотсодержащих соединений в крови. Рекомендовано пациентам с ЦП и ПЭ лечебное питание (аминокислоты, включая комбинации с полипептидами) для уменьшения белкового катаболизма в печени и мышцах и улучшения обменных процессов в головном мозге, нормализации аминокислотного состава крови.

Приложение 12

Стратификация критериев нутритивной недостаточности по степеням тяжести²

Критерии	Норма	Степень недостаточности		
		легкая	средняя	тяжелая
Дефицит массы тела, % от ИМТ	–	10-15	16-25	>26
ТКЖС, мм	мужчины	>11,3	10-11,3	7,5-10
	женщины	>14,9	13,2-14,9	9,9-13,2
Индекс масса / рост	20-25	20	18	16
Альбумин, г/л	35-50	30-35	25-30	<25
Трансферрин, г/л	2,0-2,5	1,7-2,0	1,4-1,7	<1,4
АЧЛ, мм ³	1 600-4 000	1 200-1 600	800-1 200	<800

Сокращения: АЧЛ — абсолютное число лимфоцитов, ИМТ — индекс массы тела, ТКЖС — толщина кожной жировой складки.

Кроме исключения тугоплавких жиров и легкоусваиваемых углеводов, необходимо обеспечить достаточное содержание белка в дозе не менее 1-1,5 г на килограмм идеальной массы тела. Рекомендуются липотропные продукты, способствующие оттоку желчи (овсяная и гречневая крупы, изделия из творога, нежирные сорта рыбы). При анорексии применяется энтеральное зондовое или парентеральное питание. При легких и среднетяжелых формах АБП определенный эффект могут дать анаболические стероиды.

Приложение 13

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов^{1,19}

На стадии компенсации АЦП реабилитация направлена на раннее выявление признаков декомпенсации, возникновение новых осложнений и оценку нутритивной недостаточности [13]. Пациентам с АБП рекомендуется проходить восстановительное лечение в амбулаторных условиях, которое должно включать отказ от алкоголя, избегание гепатотоксичных веществ и лекарств без назначения врача, умеренную физическую активность с ограничением чрезмерных нагрузок, прогулки на свежем воздухе, энтеральное питание белковыми препаратами, внутривенные трансфузии высоко концентрированного раствора альбумина (20-25%) в целях профилактики асцита и других осложнений ЦП для пациентов с опытом декомпенсации ЦП (по показаниям), коррекцию билиарной и панкреатической недостаточности (по показаниям), и ограничение потребления натрия по показаниям.

Общие принципы питания больных АЦП: полноценное, сбалансированное по белкам, жирам и углеводам. Полноценное питание с поступлением в достаточном количестве макро- и микронутриентов, витаминов группы В помогает предотвратить потерю веса и, как следствие, саркопению, снижает риск развития авитаминозов.

¹⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 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" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 апреля 2024 г., регистрационный № 77708). СПС Консультант Плюс.

Литература/References

1. Crabb DW, Im GY, Szabo G, et al. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2020; 71(1):306-33. doi:10.1002/hep.30866.
2. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 21e. McGraw-Hill Education. 2022. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3095§ionid=265394555>. ISBN: 978-1-26-426851-1 2617-2619.
3. Sanyal A, Boyer T, Terrault N, et al. *Zakim and Boyer's hepatology: a textbook of liver disease*, 7e; 2018. doi:10.1016/C2013-0-19055-1.
4. Thursz M, Gual A, Lackner C, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *Journal of Hepatology*. 2018;69(1):154-81. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.018.
5. Agarwal A, Taneja S, Chopra M, Duseja A, Dhiman RK. Animal Naming Test — a simple and accurate test for diagnosis of minimal hepatic encephalopathy and prediction of overt hepatic encephalopathy. *Clin Exp Hepatol*. 2020 Jun;6(2):116-124. doi:10.5114/ceh.2019.95105. Epub 2020 May 8. PMID: 32728628; PMCID: PMC7380476.
6. Nikonov EL, Aksenov VA. Hepatic encephalopathy. *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. 2017;6(4):25-31. (In Russ.) Никонов Е.Л., Аксенов В.А. Печеночная энцефалопатия. Доказательная гастроэнтерология. 2017;6(4):25-31. doi:10.17116/dokgastro20176425-31.
7. Jophilin LL, Singal AK, Bataller R, et al. ACG Clinical Guideline: Alcohol-Associated Liver Disease. *The American Journal of Gastroenterology*. 2024;119(1):30-54. doi:10.14309/ajg.0000000000002572.
8. Drapkina OM, Gorny BE, Kalinina AM, et al. Increasing motivation to stop drinking alcohol during preventive counseling in the provision of primary health care to women of childbearing age. Voronezh: Stationery LLC, 2019. 28 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Горный Б.Э., Калинина А.М. и др. Повышение мотивации к отказу от употребления алкоголя в ходе профилактического консультирования при оказании первичной медико-санитарной помощи женщинам детородного возраста. Воронеж: ООО "Канцтовары", 2019. 28 с. ISBN: 978-5-6043603-7-8.
9. Gorny BE, Kalinina AM, Dolgova SV, et al. Organizational and functional technology of screening and preventive counseling of patients with harmful alcohol consumption and the results of its testing in primary healthcare. *Preventive medicine*. 2019;3:14-9. (In Russ.) Горный Б.Э., Калинина А.М., Долгова С.В. и др. Организационно-функциональная технология скрининга и профилактического консультирования пациентов с пагубным потреблением алкоголя и результаты ее апробации в первичном звене здравоохранения. *Профилактическая медицина*. 2019;3:14-9. doi:10.17116/profmed20192203114.
10. Kaner E, Beyer F, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2(2):CD004148. doi:10.1002/14651858.CD004148.pub4.
11. NIAAA (2005). *Helping Patients Who Drink Too Much. A clinician's guide*. 2005, 40 p. <https://www.drugsandalcohol.ie/20378/>.
12. Raikhelson KL, Bueverov OA, Kondrashina EA, et al. Intrahepatic cholestasis in chronic liver diseases and the role of ademethionine in its treatment (literature review and resolution of the Council of Experts). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology*. 2024;3(4):20-33. (In Russ.) Райхельсон К.Л., Буеверов О.А., Кондрашина Э.А. и др. Внутрипеченочный холестаз при хронических заболеваниях печени и роль адеметионина в его лечении (обзор литературы и резолюция Совета экспертов). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2024;3(4):20-33. doi:10.22416/1382-4376-2024-1167-309.
13. Belyakin SA, Pavlov AI, Shames AB, Frokin MN. Alcohol consumption and mortality rates from cirrhosis of the liver — two interrelated factors. problems of medical rehabilitation and rehabilitation treatment. *Hospital medicine: science and practice*. 2021;4(1):54-58. (In Russ.) Белякин С.А., Павлов А.И., Шамес А.Б., Фролкин М.Н. Уровень потребления алкоголя и смертность от цирроза печени — два взаимосвязанных фактора. *Проблемы медицинской реабилитации и восстановительного лечения. Госпитальная медицина: наука и практика*. 2021;4(1):54-58. doi:10.34852/GM3CVKG.2021.93.29.008.

Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, зав. кафедрой терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России;

Ивашкин В. Т. — д.м.н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" (Сеченовский Университет) Минздрава России, президент Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации;

Маев И. В. — д.м.н., профессор, академик РАН, первый проректор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России;

Ливзан М. А. — д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, ректор, зав. кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии ФГБОУ ВО "Омский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России по Сибирскому федеральному округу;

Дроздова Л. Ю. — к.м.н., руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России;

Жаркова М. С. — к.м.н., зав. отделением гепатологии клиники им. В.Х. Василенко, ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" (Сеченовский Университет) Минздрава России;

Ипатов П. В. — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России;

Калинина А. М. — д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, заслуженный деятель науки Российской Федерации;

Люсина Е. О. — к.м.н., научный сотрудник лаборатории профилактической и экспериментальной гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России;

Маевская М. В. — д.м.н., профессор, врач-гастроэнтеролог ЛДО №3, УКБ №2, ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова" (Сеченовский Университет) Минздрава России, вице-президент Российского общества по изучению печени;

Свищева А. А. — руководитель группы по анализу лекарственного обеспечения и обращения медицинских изделий отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России;

Шепель Р. Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России в Центральном федеральном округе, доцент кафедры терапии и профилактической медицины ФГБОУ ВО "Российский университет медицины" Минздрава России;

Шептулина А. Ф. — к.м.н., ведущий научный сотрудник, руководитель лаборатории профилактической и экспериментальной гастроэнтерологии отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.