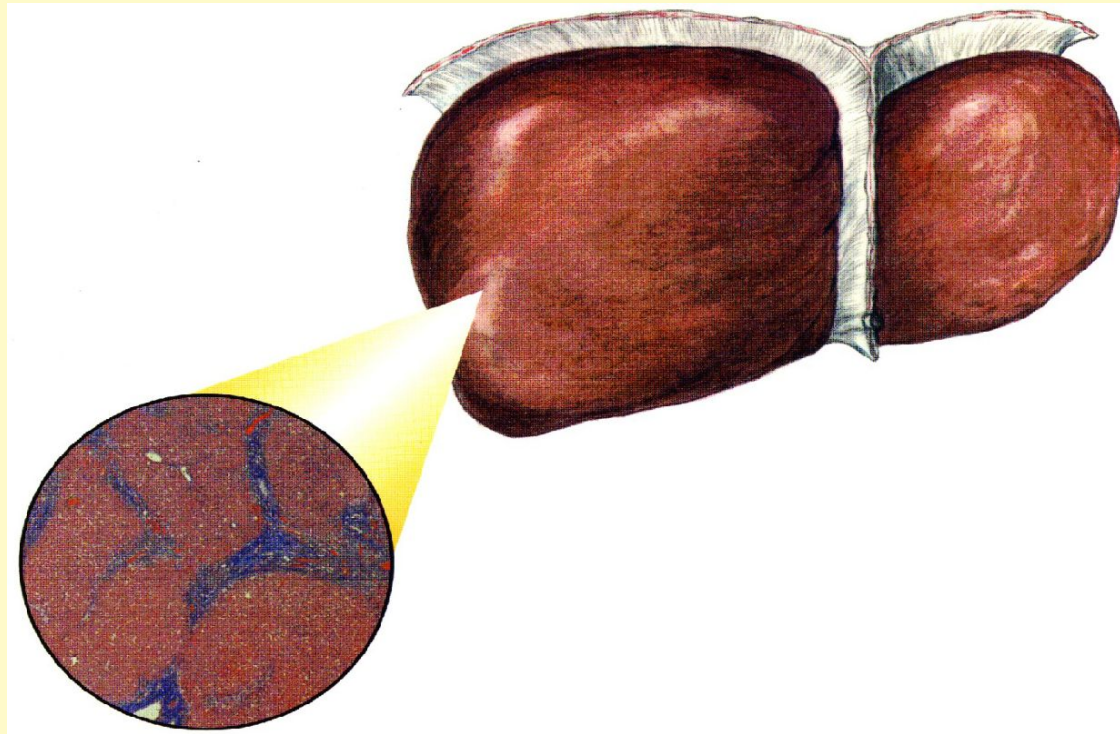


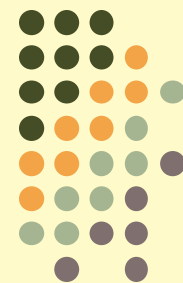
Ведение больных с циррозами печени на амбулаторном этапе



**Два важных правила запомни для начала:
Ты лучше голодай, чем что попало ешь,
И лучше будь один, чем вместе с кем попало.
*Омар Хайям***

Лектор: д.м.н., проф. В.И. Павленко

Рекомендуемая литература



Основная:

- Внутренние болезни : учебник : в 2 т. / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. – 2-изд. испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Том 1. – 672 с.
- Поликлиническая терапия : учебник / Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. – 2-е изд., перераб. и доп. – 2013. – 640 с. : ил.

Дополнительная:

- Клинические рекомендации Европейской ассоциации по изучению заболеваний печени // Journal of Hepatology.- 2015.- vol. 63.-p.| 199–236.
- <http://www.con-med.ru> – Участковый терапевт, журнал для практикующих врачей.
- Гепатиты. Рациональная диагностика и терапия: руководство / под ред. М. Фукса. Перевод с нем. 2010. – 240 с.
- Маевская М.В., Федосьина Е.А. Лечение осложнений цирроза печени. Методические рекомендации для врачей под редакцией академика РАМН профессора В.Т.Ивашкина –М.: ИД «МЕДпресс-информ», 2012.

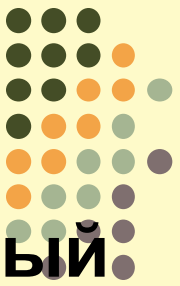


РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИЗУЧЕНИЮ ПЕЧЕНИ

Наименование	Год	Авторы
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПО ИЗУЧЕНИЮ ПЕЧЕНИ ПО ВЕДЕНИЮ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ (РГА)	2017	М. В. Маевская, Ч. С. Павлов, Ю. П. Сиволап, В. Д. Луньков, М. С. Жаркова, Масленников, П.П. Огурцов, В.Т. Ивашкин
Лечение осложнений цирроза печени Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени	2016	Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Федосьина Е.А., Бессонова Е.Н., Пирогов С.И., И.Ю., Гарбузенко Д.В.
Российское общество по изучению печени Методические рекомендации для врачей Диагностика и лечение неалкогольной жировой болезни печени	2015	Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Широкова Е.Н., Буеверов А.О., Драпкина О.М., Цуканов В.В., Маммаев С.Н., Пальгова Л.К., Тихонов И.Н.

Ряд рекомендаций РОПИП совместно с РГА

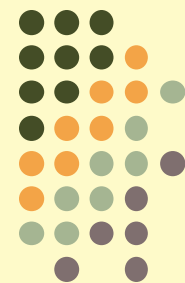
Цирроз печени



по определению ВОЗ – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов.

Сопровождается недостаточностью функций гепатоцитов, изменением кровотока печени, что приводит к портальной гипертензии, асциту, энцефалопатии.

шифр по МКБ-10 К 74.



Эпидемиология

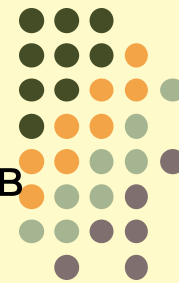
- Смертность от ЦП, по данным ВОЗ, в Европе, США и Японии за последние 20 лет достигла 10-20 случаев на 100 тыс. населения и имеет стойкую тенденцию к росту.
- В странах СНГ ЦП встречается у 1% людей.
- ЦП относится к числу основных причин смерти людей в возрасте 35-64 лет.
- Ежегодно от ЦП умирает около 300000 человек.

Этиология

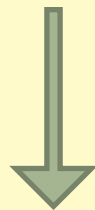


- Вирусные гепатиты (В, С, D).
- Алкоголь.
- Болезни обмена веществ (гемохроматоз, болезнь Вильсона – Коновалова, недостаточность α -1-антитрипсина)
- Аутоиммунный гепатит, первичный склерозирующий холангит
- Первичный билиарный цирроз, муковисцидоз
- Лекарства, токсины, химикаты
- Инфекции: шистосомоз, бруцеллёз, сифилис.
- Разные причины: саркоидоз, неалкогольный стеатогепатит, гипервитаминоз А.
- Неустановленные причины.

Основные звенья патогенеза



- Активация звёздчатых клеток (Ито) печени, расположенных в пространстве Диссе с дальнейшим превращением их в фибробласты и скопление в печени фиброзной ткани.
- Активация процессов перекисного окисления липидов, провоспалительных цитокинов, аутоиммунных механизмов
- Скопление в печени фиброзной ткани ведет к развитию фиброза – склероза – цирроза печени, нарушению архитектоники печеночных структур, нарушению печеночного кровообращения и в конечном счете к печеночной недостаточности.



Нарушается дезинтоксикационная и синтетическая функция гепатоцитов, отток желчи – холестааз.

Классификация



- **Морфологическая**

1. Микронодулярный
2. Макронодулярный
3. Первичный билиарный
4. Вторичный билиарный
5. Болезнь Вильсона – Коновалова

- **Клиническая:**

По этиологии:

1. Вирусный цирроз печени (вирусный гепатит В, Д и С)
2. Лекарственно-индуцированный цирроз печени
3. Алкогольный цирроз печени
4. Метаболический (генетически обусловленный цирроз печени при идиопатическом гемохроматозе, гепато-церебральной дистрофии, врожденных дефектах)
5. Первичный билиарный цирроз печени
6. Вторичный билиарный цирроз печени
7. Застойный цирроз печени
8. Криптогенный цирроз печени

- **По стадии цирроза печени:**

- а) начальная
- б) выраженных клинических проявлений
- в) терминальная

По активности процесса:

- а) активный цирроз печени
- б) неактивный цирроз печени

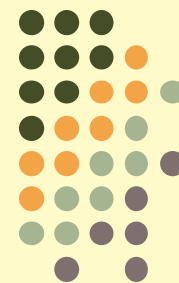


- **По степени печеночно-клеточной (функции) недостаточности:**
 - а) легкая (компенсаторная)
 - б) средней тяжести (субкомпенсаторная)
 - в) тяжелая (декомпенсаторная)

- **По форме портальной гипертензии:**
 - а) скрытая
 - б) умеренная
 - в) развернутая и ее тип: внутripеченочная, подпеченочная, надпеченочная, смешанная

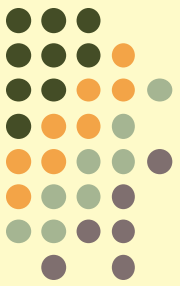
- **По развитию сочетанных клинических синдромов:**
 - а) гепато-лиенальный (спленомегалия, гиперсплениум)
 - б) гепато-панкреатический
 - в) гепато-ренальный и др.

Вопросы, на которые должен ответить участковый врач-терапевт





- Действительно ли это цирроз печени?
- Не следует ли провести дополнительные исследования или направить больного на консультацию для исключения других заболеваний
- Какова этиология цирроза?
- Компенсирован ли цирроз печени?
- Какой класс тяжести цирроза?
- Если цирроз компенсирован, нуждается ли больной в госпитализации?
- Если цирроз компенсирован, нуждается ли больной в медикаментозном лечении амбулаторно?
- Какой у больного статус питания?
- Если цирроз декомпенсирован, какие осложнения имеет больной?
- Есть ли показания для госпитализации?
- Трудоспособен ли больной?
- Какое медикаментозное лечение необходимо пациенту амбулаторно?
- В чем состоят особенности питания?
- Как следует контролировать результаты лечения и побочные реакции?

1 этап диагностического поиска – сбор жалоб и анамнеза



- **Что может привести больного к врачу:**
 - слабость, раздражительность, бессоница ночью, сонливость днем
 - изменение цвета кожных покровов
 - носовые, десневые кровотечения, кровоподтеки
 - увеличение живота в объеме, отеки
 - затруднение дыхания
 - тупые боли правом подреберье, усиливающиеся после острой пищи, физической нагрузки
 - повышение температуры тела
 - снижение массы тела
 - тошнота, различной степени выраженности, чередование запоров и поносов, вздутие живота
 - зуд кожных покровов


 нарушение потенции у мужчин, менструального цикла у женщин

 **2. Установление этиологии заболевания (сбор анамнеза)**

2 этап диагностического поиска – физикальный осмотр



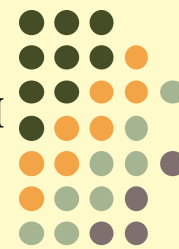
- **Что можно выявить при осмотре**

- уменьшение объема мышечной массы, снижение мышечного тонуса и силы;
 - желтушность кожных покровов и видимых слизистых;
 - телеангиэктазии на верхней половине туловища и лице;
 - ладонная эритема;
 - гинекомастия;
 - атрофия яичек/аменорея;
 - периферические отеки, асцит;
 - расширение вен передней брюшной стенки в виде «головой медузы»;
 - лакированный красный язык;
 - изменение размеров печени и селезенки;
 - шум Крювелье – Баумгартена – венозный шум над животом, связанный с функционированием венозных коллатералей;
 - контрактура Дюпюитрена, более типичная для алкогольного генеза цирроза печени;
 - изменения концевых фаланг пальцев рук по типу барабанных палочек;
 - атрофия скелетной мускулатуры, отсутствие оволосения в подмышечных впадинах;
 - увеличение околоушных слюнных желез
 - печёночный запах
-  изменения психического статуса (умственная и двигательная заторможенность, спутанность сознания, нарушение восприятия информации, хлопающий тремор рук)



- **Начальная стадия** – *компенсированный ЦГ* диагностируется инструментально и морфологически. Сочетаются симптомы гепатита и симптомы малой печеночной недостаточности (астения, интоксикация, диспепсия, холестааз).
- **Вторая стадия (субкомпенсации)** - стадия *сформировавшегося цирроза* с признаками портальной гипертензии
- **Третья стадия (декомпенсация)**. Симптомы прогрессируют, латентны к консервативной терапии, нарастает печеночная недостаточность и энцефалопатия

Особенности других систем больного циррозом печени



Системы	Характеристики
Сердечно-сосудистая система	Увеличение сердечного выброса Снижение артериальное давление Увеличение частота сердечных сокращений Снижение системного сосудистого сопротивления "Цирротическая кардиомиопатия"
Респираторная система	Печеночный гидроторакс Ателектазы Легочная гипертензия Гепато-пульмональный синдром
Почки	Снижение почечного кровотока (почечная вазоконстрикция) Возможность развития ГРС

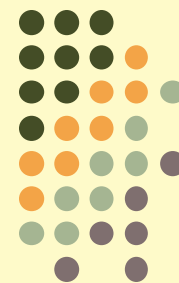
3 этап диагностического поиска – лабораторно-инструментальная диагностика



Обязательные лабораторные исследования

- Общий развернутый анализ крови (концентрация гемоглобина, содержание эритроцитов, цветовой показатель, количество ретикулоцитов, содержание лейкоцитов, лейкоцитарная формула, содержание тромбоцитов, СОЭ)
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, соотношение АСТ/АЛТ, ГГПТ, ЩФ, общий белок и протеинограмма, общий билирубин и его фракции, глюкоза крови, мочевины, креатинин, коагулограмма, электролиты)
- *Маркеры вирусов гепатитов*
- Иммуноглобулины крови

Обязательные инструментальные методы



- *УЗИ органов брюшной полости:* печень, селезенка, система воротной пены, желчный пузырь, поджелудочная железа.
- *УЗИ почек.*
- *ФЭГДС:* для определения степени варикозного расширения вен.
- *Биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата или неинвазивные методы*
- *Исследование асцитической жидкости*

Показания для исследования асцитической жидкости



- обращение к врачу пациента с впервые выявленным асцитом
- с установленным диагнозом:
 - ✉ факт госпитализации пациента;
 - признаки перитонита или инфекции;
 - печеночная энцефалопатия;
 - ✉ ухудшение функции почек; желудочно-кишечное кровотечение (перед назначением антибиотиков).
- Уточнение причин портальной гипертензии



нарушения почерка

- тест Рейтана на соединения чисел (рекомендован рабочей группой 11 Всемирного Конгресса)



Тест на соединение чисел

Фамилия пациента _____

Дата _____

Время, затраченное на выполнение задания _____

Фамилия лица, проводящего тестирование _____

№ истории болезни _____

Подпись пациента _____

Начало

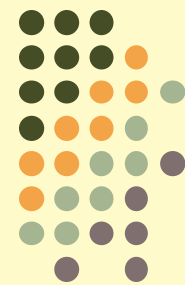
Конец

Интерпретация результатов теста связи чисел



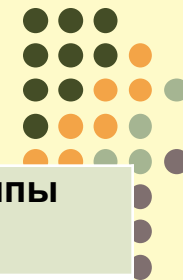
Стадия ПЭ	Время теста, сек.	Баллы
отсутствует	< 40	0
латентная	41-60	1
I, I-II	61-90	2
II	91-120	3
II-III	>129	4

Важно диагностировать осложнения ЦП



- Желудочно-кишечные кровотечения
- Спонтанный бактериальный перитонит
- Печеночная энцефалопатия с развитием комы
- Гепаторенальный синдром
- Гепатопульмональный синдром
- Гепатокардиальный синдром
- Синдром гиперспленизма
- Остеопороз
- Тромбоз воротной вены
- Гепатоцеллюлярная карцинома

Показания для консультации специалистов



офтальмолог	обязательное исследование с применением щелевой лампы для обнаружения колец Кайзера – Флейшера
кардиолог	при выраженных явлениях застойной ХСН для лечения основного заболевания, приведшего к кардиальному циррозу
психиатр	при алкогольной зависимости, а также печёночной энцефалопатии для дифференциального диагноза с психиатрической патологией, при решении вопроса о противовирусной терапии
хирург-трансплантолог	для определения возможности и целесообразности трансплантации печени
онколог	для определения метода лечения ГЦК, других образований ОБП и МТ
гематолог	с целью терапии синдрома гиперспленизма, дифференциального диагноза гиперспленизма с целью терапии синдрома гиперспленизма, дифференциального диагноза гиперспленизма
консультация хирурга-интервенциониста	с целью решения вопроса о TIPS или парциальной эмболизации селезеночной артерии
невропатолог	с целью диагностики ПЭ

4 этап -дифференциальная диагностика ХГ



- Чаще всего ЦП необходимо дифференцировать с:
- *Обструкцией желчевыводящих путей*
- *Алкогольным гепатитом*
- *Токсическим воздействием ЛС и других веществ*
- *Вирусными гепатитами*
- *Аутоиммунным гепатитом*
- *Первичным билиарным циррозом*
- *Неалкогольной жировой болезнью печени*
- *Наследственным гемохроматозом*
- *Болезнью Вильсона – Коновалова*
- *Застойной печенью при ХСН*
- *Синдром Бадда- Киари*
- *Холестазом*

Классификационные признаки стадии компенсации цирроза печени по системе Чайлда-Пью



Признаки	Баллы		
	1	2	3
Протромбиновое время,сек	1- 4	>4-6	>6
Билирубин, мкмоль/л	<34	>34-51	>51
Альбумин, г\л	>35	35-28	<28
Асцит	нет	мягкий	напряженный
Энцефалопатия	нет	Стадия 1-2	Стадия 3-4

Стадия компенсации цирроза (класс А) до 6 баллов включительно.

Стадия субкомпенсации (класс В) 7-9 баллов.

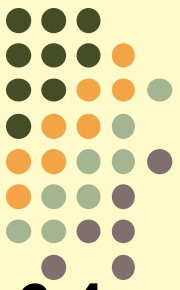
Стадия декомпенсации (класс С) 10-15 баллов.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ



- Хронический вирусный гепатит С (НСVAb+), репликативная фаза (ПЦР+), минимальная степень активности. Цирротическая стадия, класс А по Чайлд-Пью (варикозное расширение вен пищевода II степени, асцит), гиперспленизм.
- Хронический вирусный гепатит С, фаза репликации вируса, II степень активности, с переходом в цирроз печени, микро-макронодулярный, с нарушением функции печени средней степени, портальной гипертензией III ст. (стадия В по Чайлду-Пью), синдромом гиперспленизма.

Прогноз жизни для больных с ЦП



- *применяется классификация по Child-Turcotte-Pugh.*
При сумме баллов менее 5 средняя продолжительность жизни пациентов составляет 6,4 года, при сумме 12 и более – 2 месяца.

- ***шкала – MELD (Model for End-stage Liver Disease)***

**Индекс MELD рассчитывается по формуле:
 $MELD = 10 \times (9,57 \ln(\text{уровень креатинина}) + 0,378 \ln(\text{уровень общего билирубина}) + 1,12 (\text{МНО}) + 6,43.$**

MELD кулькулятор (www.mayoclinic.org/girst/mayomodel15.html)

- ***шкалы – MELD Na***

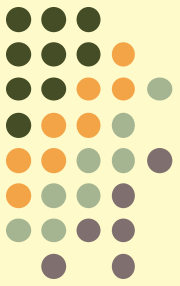
При MELD >35 баллов летальный исход прогнозируется в 80% случаев, от 20 до 34 баллов – в 10–60%, при MELD <8 баллов пациент является АМБУЛАТОРНЫМ и нуждается в активном наблюдении

Показания для госпитализации



Состояния	Место госпитализации
Первое установление диагноза цирроза печени	Гастроэнтерологическое (терапевтическое) отделение
Кровотечение из верхних отделов ЖКТ	Хирургическое отделение
Прогрессирование повреждения паренхимы печени	Гастроэнтерологическое (терапевтическое) отделение
Развитие асцита	Гастроэнтерологическое (терапевтическое) отделение
Прогрессирование асцита	
Развитие рефрактерного асцита	
ПСЭ I-II ст. (отсутствие эффекта от лечения)	Гастроэнтерологическое (терапевтическое) отделение
ПСЭ III-IV ст.	
Нарушение функции почек	Гастроэнтерологическое (терапевтическое) отделение
Анемия средней степени тяжести и тяжелая	Гастроэнтерологическое (терапевтическое) отделение
Инфекционные осложнения или их признаки (пневмония, СБП и др.)	Гастроэнтерологическое (терапевтическое) отделение
Выраженный геморрагический синдром	Гастроэнтерологическое (терапевтическое) отделение

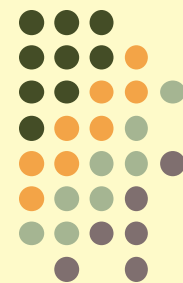
ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ



- **Общие принципы лечения**

1. Устранение *этиологического фактора* заболевания печени — в тех случаях, когда это возможно (например, при алкогольном циррозе).
2. Предупреждение развития осложнений цирроза печени
3. Повышение качества и продолжительности жизни больных циррозом печени
4. Подготовка пациента к ТП

Общие рекомендации для больных с циррозом печени



- отдыхать, как только почувствуют усталость;
- не поднимать тяжести (это может спровоцировать желудочно-кишечное кровотечение);
- рекомендуемая частота стула 1-2 раза в день;
- при задержке жидкости в организме (отеки, асцит) необходимо ограничение приема поваренной соли, жидкости - до 1000-1500 мл в сутки;
- рекомендовать ежедневно измерять вес тела, окружность живота на уровне пупка);
- ежедневно считать баланс жидкости за сутки (диурез):. количество выделяемой жидкости должно быть примерно на 300-500 мл больше, чем количество принятой жидкости;
- для контроля степени поражения нервной системы рекомендуется использовать простой тест с почерком: каждый день пациент записывать короткую фразу, например, "Доброе утро" в специальную тетрадь

Немедикаментозные методы лечения



Диета

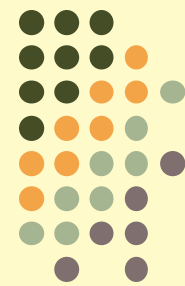
- Режим питания дробный, 5-6 раз в день, порции небольшие.
- Должна содержать белков 1-1,5 г/кг (при 2-3 стадии ПЭ - 60 г/сутки) , 70- 140г жира) и 280-325 г углеводов.
- Общая калорийность должна составлять 1800-2500 ккал/сутки
- В пище должно быть достаточное количество витаминов и минеральных веществ.
- Исключаются алкогольные напитки любой крепости, жирные сорта мяса (свинина, баранина, гусь, утка), грибы, копченые продукты, консервы, какао, наваристые бульоны
- Ограничивается соль до 6-8 г в сутки, жидкость до 1,5-2 л, сладости с высоким содержанием сахара

Режим

Ограничивают психические и физические нагрузки. При общем хорошем состоянии рекомендуются лечебная ходьба, лечебная гимнастика. Женщины с активным циррозом печени должны избегать беременности

- **Санация кишечника** - применение высоких клизм. В качестве растворов предпочтительнее применение **лактолозы** (300 мл на 700 мл воды).

Медикаментозная терапия



- **Лактулоза** – 2-3 раза в сутки (*эффективность оценивается по увеличению частоты стула до 2-3 раз в сутки*)
- **L-орнитин-аспартат** - *стандартная схема* применения - 20–30 г препарата в течение 7–14 дней с последующим переходом на пероральный прием 9–18 г/сут.
- **Антибиотики в лечении ПЭ и для профилактики СБП** - предпочтение отдается **рифаксимину**.

Схема приема препарата: **1200 мг/сут (по 3 таблетки 200 мг 2 раза в день) в течение 7–10** суток, при необходимости постоянно – ежемесячно на протяжении длительного времени.

В случае эффективности возможно применение малых доз (по 1 таблетка 2 раза в день) в течение нескольких месяцев и даже лет

Лечение асцита

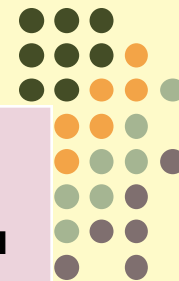


- пациенты с **1-й степенью** асцита не нуждаются в лечении и/или назначении диеты с ограничением соли.
- При **2-й степени выраженности асцита** рекомендуется диета с ограничением соли до 4,6–6,9 г соли в день.
- В дополнение к диете назначается **спиронолактон (верошпирон)** в **начальной дозе 50–200 мг/сут** или **амилорид 5–10 мг/сут**.
- Дозу верошпирона увеличивают постепенно: при первом эпизоде асцита - **шаг – 100 мг в 7 дней**, максимальная доза **400 мг/сут**.
если нет ответа на более низкие дозы

***Критерий эффективности проводимой терапии:
уменьшение массы тела не менее чем на 2 кг в
неделю.***

- Пациентам с **3-й степенью асцита** проводят парацентез в условиях стационара.

МОНИТОРИНГ ТЕРАПИИ ДИУРЕТИКАМИ



Параметры	Критерии эффективности и безопасности	Частота контроля
Масса тела	Потеря массы тела должна составлять 1 кг/сут. у пациентов с асцитом и периферическими отеками и 500-750 г/сут. - с одним асцитом)	Ежедневное взвешивание
Сывороточные тесты: креатинин, натрий, калий	Нормальные показатели сывороточных тестов	1 раз/мес.
Нервно-психический статус	Отсутствие признаков ПСЭ, ухудшения результатов психометрических тестов	При каждом осмотре больного

ПРОФИЛАКТИКА ПОРТОСИСТЕМНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ



При каждом осмотре больного оцениваются: - класс тяжести цирроза - состояние нервно-психического статуса - время выполнения ТСЧ

Предотвращение воздействия провоцирующих факторов:

- агрессивная терапия мочегонными
- избыточное потребление белка с пищей
- прием бензодиазепинов и других психотропных средств
- запоры, дегидратация, гипокалиемия и др.

Сохранение функциональной ткани печени

У всех пациентов класса С и при наличии провоцирующих факторов белок в пище 1-1,5 г/кг/сут, предпочтение растительному белку

Препараты разветвленных аминокислот внутрь или Лактулоза под контролем стула (3 раза/сут мягкий стул) или Орнитин до 9 г/сут внутрь

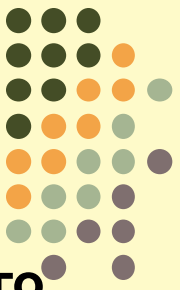
ПРОФИЛАКТИКА ПЕРВОГО ЭПИЗОДА И ПОВТОРНЫХ ВАРИКОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ



1. Выявление варикозных вен большого размера (> 5 мм)
2. Выявление вен малого размера с "красными знаками"
3. После эпизода варикозного кровотечения

Препараты	Дозы и способ введения
Пропранолол	10 мг/сут внутрь начальная доза до 320 мг/сут внутрь максимальная доза

Лечение ЦП в исходе вирусного гепатита



- **Лечение пациентов с ЦП в исходе хронического гепатита В**
 - ЦП класс А – могут назначаться препараты интерферонового ряда
 - ЦП класс В и С – аналоги нуклеотизидов (энтекавир, тенофовир). Больные находятся в Листе ожидания ТП
- **Лечение пациентов с ЦП в исходе хронического гепатита D**
 - ЦП класс А - лечение в стандартном режиме пегилированным или стандартным интерфероном при условии тщательного контроля побочных реакций
 - ЦП класс В и С – интерфероны запрещены. Больные находятся в Листе ожидания ТП
- **Лечение пациентов с ЦП в исходе хронического гепатита С**
 - Проводится в безинтерфероновом режиме

Лечение цирроза алкогольной этиологии



Назначается S-аденозилметионина

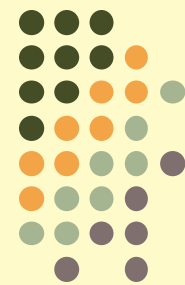
- *Стандартная схема* предусматривает **двухэтапный курс** лечения.
- На первом этапе препарат вводят **внутривенно капельно или струйно медленно** в дозе **800 мг/сут однократно** в течение **2–3 недель**; возможен внутримышечный путь инъекции.
- Затем пациента переводят на **пероральный прием** препарата по **400 мг трижды в день** на протяжении **4 недель и более**.

Доказано, что его применение при алкогольном циррозе класса А и В по шкале Чайлд-Пью в течение 2 лет обуславливает достоверно более низкую летальность или потребность в трансплантации печени.

Экспертиза трудоспособности



- Больные ЦП стадии А, стабильного течения, с портальной гипертензией, без проявлений гиперспленизма – **трудоспособны**
- **Временная утрата трудоспособности наступает в активную фазу и при наличии осложнений – от 35 до 60 дней.**



Диспансеризация

- Осмотр больных терапевтом, гастроэнтерологом 4 раза в год.
- При отсутствии отрицательной динамики – 2 раза в год.
- Клинический анализ крови и биохимический анализ – 2-4 раза в год, при необходимости чаще.

МСЭ



- **I группа инвалидности** дается при ПН III степени, активности цирроза III степени, наличии асцита, плохо поддающегося лечению, тяжелой ПЭ. В этом случае обычно инвалидность дается бессрочно.
- **II группа** определяется, если имеется III стадия печеночной недостаточности и активность процесса III, но нет других осложнений (асцита, тяжелой энцефалопатии и т.д.).
- **III группа инвалидности** определяется, если имеется II степень активности, а печеночная недостаточность на II стадии.
- *Если же печеночная недостаточность достигла только стадии I, активность цирроза I, то в такой ситуации обычно инвалидность не дается.*



Продолжительность жизни

- Компенсированный цирроз – более 7 лет
- При декомпенсированном ЦП – через 3 года остается в живых 11-41%
- При развитии асцита - лишь четвертая часть больных переживает 3 года

Санаторно-курортное лечение

- **показано больным в стадии А, в неактивной фазе.**
- **Показаны курорты с питьевыми минеральными водами и лечебными грязями (Арзни, Аршан, Боржоми, Дорохово, Карпаты, Кисегач, Нальчик, Соирме, Трускавец, Ессентуки и др.).**

