

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
10 жовтня 2024 року № 1734

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
ПЕРВИННОЇ ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ КОМПЕНСОВАНИЙ**

2024

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Цироз печінки компенсований», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає принципи діагностики, лікування та профілактики компенсованого цирозу печінки в Україні з позиції послідовності надання видів медичної допомоги.

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

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

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

Перелік скорочень

АСТ	–	аспартатамінотрансфераза
АЛТ	–	аланінамінотрансфераза
АТ	–	артеріальний тиск
ГГТП -	–	гамма-глутамінтранспептидаза
ЕГДС-	–	езофагогастроуденоскопія
ЖП-	–	жорсткість печінки
ІМТ	–	індекс маси тіла
КЗПГ	–	клінічно значуща портальна гіпертензія
КМП	–	клінічний маршрут пацієнта
КТ	–	комп'ютерна томографія
ЛФ -	–	лужна фосфатаза
МРТ	–	магнітно-резонансна томографія
НСББ –	–	неселективні бета-блокатори
СВВ	–	стійка вірусологічна відповідь
СРБ	–	С-реактивний білок
ПТІ	–	протромбіновий індекс
ТЕ	–	транзйєнтна еластографія
УКПМД	–	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
УЗД –	–	ультразвукове дослідження
ФП	–	фіброз печінки
ЦП	–	цироз печінки
ЧСС	–	частота серцевих скорочень
cACLD	–	компенсована хронічна прогресуюча хвороба печінки
ARFI	–	акустична радіологічна форс-імпульсна візуалізація
DOACs	–	прямі оральні антикоагулянти
HVPG	–	градієнт тиску печінкової вени
LSM	–	вимірювання жорсткості печінки
SSM	–	вимірювання жорсткості селезінки
SWE	–	еластографія зсувної хвилі
Форма № 025/о		форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Цироз печінки (ЦП)

1.2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: K74 Фіброз та цироз печінки

1.3. Протокол призначений для: лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-гастроентерологів, лікарів-хірургів, лікарів-анестезіологів, фізичних осіб - підприємців (ФОП), які провадять господарську діяльність з медичної практики, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з цирозом печінки.

1.4. Мета протоколу: визначення комплексу заходів з раннього та своєчасного виявлення, діагностики та лікування ЦП у осіб віком від 18 років, а також попередження ускладнень захворювання та покращення якості життя.

1.5. Дата складання протоколу: 2024 рік.

1.6. Дата наступного перегляду: 2029 рік.

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

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

Щербиніна президент громадської організації «Українська асоціація
Марина Борисівна по вивченню захворювань печінки» (за згодою).

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу;

Шилкіна Олена Олександрівна заступник начальника відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua>. та на сайті <http://www.dec.gov.ua>.

Рецензенти:

Степанов Юрій Миронович в.о. директора ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України", член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор;

Склярів Євген Якович завідувач кафедри терапії №1, медичної діагностики та гематології і трансфузіології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, доктор медичних наук, професор.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Цироз печінки (ЦП) є важливою причиною захворюваності та смертності людей з хронічними захворюваннями печінки у всьому світі. У 2019 році цироз був пов'язаний з 2,4% смертей у світі. У зв'язку з ростом поширеності ожиріння та збільшенням вживання алкоголю, з одного боку, та покращенням лікування інфекцій, викликаних вірусом гепатиту В та вірусом гепатиту С, з іншого, епідеміологія та наслідки ЦП змінюються. Проте, захворювання печінки є причиною двох мільйонів смертей щорічно та 4% всіх смертей (1 з кожних 25 смертей у світі); приблизно дві третини всіх смертей, пов'язаних з печінкою, припадає на чоловіків. Смертність, в основному, пов'язана з ускладненнями ЦП та гепатоцелюлярною карциномою (ГЦК). Найрозповсюдженіші причини ЦП у світі пов'язані з вірусним гепатитом, вживанням алкоголю та неалкогольною жировою хворобою печінки/метаболічно асоційованою стеатотичною хворобою печінки.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Динаміка розвитку ЦП включає безсимптомну компенсовану стадію, за якою настає декомпенсована фаза. Перехід від компенсованої до декомпенсованої стадії клінічно характеризується розвитком синдромів декомпенсованого цирозу, таких, як портальна гіпертензія (асцит, варикозна кровотеча), явна печінкова енцефалопатія, гостре пошкодження нирок, включаючи гепато-ренальний синдром, бактеріальні інфекції при цирозі, включаючи спонтанний бактеріальний перитоніт, гостра печінкова недостатність на фоні хронічної, гіпонатріємія, зміни коагуляції, тромбоз портальної вени, гепато-пульмональний синдром, циротична кардіоміопатія.

Термін компенсована прогресуюча хронічна хвороба печінки (compensated advanced chronic liver disease (cACLD) запропонований для відображення континууму тяжкого фіброзу та ЦП у пацієнтів з хронічною хворобою печінки. Наразі обидва терміни: компенсована прогресуюча хронічна хвороба печінки та компенсований цироз печінки є прийнятними, але не взаємозамінними.

Серед пацієнтів з компенсованим ЦП або cACLD, виділяють щонайменше дві різні стадії на основі наявності або відсутності клінічно значущої портальної гіпертензії (КЗПГ). Різні стадії захворювання асоціюються з різними наслідками, включаючи ризик смерті, і тому пацієнти на різних стадіях мають різні діагностичні та терапевтичні потреби.

Метою лікування компенсованого цирозу є попередження ускладнень, які визначають декомпенсацію.

Таким чином, у веденні та спостереженні пацієнтів з хронічними захворюваннями печінки найважливішими є:

- раннє виявлення компенсованого ЦП або cACLD;
- своєчасна діагностика КЗПГ;
- попередження декомпенсації ЦП.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

1. Первинна медична допомога

1) Профілактика

Положення протоколу

Необхідним є виявлення осіб з фіброзом печінки (ФП) внаслідок хронічних гепатитів різної етіології, уникнення та/або усунення факторів ризику, які сприяють його формуванню: неадекватне лікування хронічного гепатиту різної етіології, надлишкова маса тіла та ожиріння, метаболічні порушення, неконтрольоване вживання ліків з побічною гепатотоксичною дією, куріння, надмірне вживання алкоголю тощо.

Обґрунтування

Доведено, що своєчасне виявлення та запобігання прогресуванню ФП завдяки впливу на поведінкові та загальновідомі фактори ризику в поєднанні із своєчасним лікуванням хронічних гепатитів різної етіології є провідним напрямом профілактики прогресування ФП.

Корекція способу життя – обов'язкова складова лікування та профілактики розвитку ЦП та його ускладнень.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Виявляти групи ризику щодо хронічних захворювань печінки – осіб, які мають загрозу розвитку ЦП, на підставі вивчення анамнезу з метою своєчасної діагностики та лікування ЦП.

Пацієнтам з хронічними гепатитами різної етіології рекомендувати дотримуватись плану спостережень, який передбачає оцінку не рідше ніж 1 раз на рік неінвазивних маркерів ФП, показників жорсткості печінки (ЖП), визначення рівня тромбоцитів.

Надавати інформацію пацієнтам щодо факторів ризику, що впливають на виникнення ЦП та, за можливості, уникати їх впливу.

2) Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи спрямовуються на раннє виявлення лікарем загальної практики – сімейним лікарем ознак компенсованого ЦП або сACLD за допомогою неінвазивних методів дослідження та направлення пацієнта до лікаря-гастроентеролога з метою встановлення/підтвердження діагнозу.

Обґрунтування

Діагноз компенсованого цирозу печінки або сACLD може бути встановлений на основі результатів візуалізації (ультразвукове дослідження (УЗД) з функцією еластометрії для визначення ЖП) та послідовного використання лабораторних неінвазивних тестів.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Клінічний огляд пацієнта включає збір скарг та анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторні та інструментальні дослідження, перелік яких наведено у пункті 1 розділу IV цього УКПМД.

За наявності ознак / підозри щодо ФП пацієнт має бути направлений до лікаря-гастроентеролога для підтвердження / встановлення діагнозу компенсованого цирозу печінки або сACLD.

3) Лікування

Положення протоколу

Лікування пацієнтів з ЦП та його ускладненнями призначається лікарем-гастроентерологом та іншими фахівцями, які беруть участь в наданні медичної допомоги пацієнтам з ЦП.

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі можуть призначати заходи з корекції способу життя (відмова від вживання алкоголю та тютюну, дотримання режиму харчування, праці та відпочинку), симптоматичне лікування, здійснювати контроль виконання призначеного лікарем-гастроентерологом лікування.

Обґрунтування

Своєчасне призначення комплексної немедикаментозної і медикаментозної терапії пацієнтам з ЦП, дотримання лікування та динамічне спостереження стану пацієнта знижує темпи прогресування захворювання, ризик розвитку ускладнень і смертність.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Надати пацієнту рекомендації щодо корекції способу життя (відмова від вживання алкоголю, паління, нормалізації маси тіла), режиму харчування (адекватне вживання білку, уникнення вживання переробленої їжі, цукрів, солодких напоїв з фруктозою, солоної їжі), режиму праці та відпочинку відповідно до інформації, наведеної у додатку до цього УКПМД.

Сприяти виконанню пацієнтом плану лікування, призначеного лікарем-гастроентерологом або іншим фахівцем, в залежності від характеру основних проявів захворювання та його ускладнень.

За наявності: некорегованої ЧСС, порівняно з попередніми результатами зниження тромбоцитів, зростання показників жорсткості печінки та еволюцією неінвазивних показників фіброзу печінки, специфічне лікування призначає лікар-гастроентеролог.

3) Подальше спостереження

Положення протоколу

Пацієнт з компенсованим ЦП або сACLD перебуває на обліку у лікаря загальної практики-сімейного лікаря, який веде необхідну медичну документацію, сприяє виконанню пацієнтом рекомендацій фахівців та проводить моніторинг стану для попередження або запобігання прогресування клінічно-значущої портальної гіпертензії (КЗПГ).

Обґрунтування

Метою моніторингу пацієнта з компенсованим ЦП або сACLD з/без КЗПГ є попередження декомпенсації цирозу, своєчасне виявлення ускладнень задля зниження показників смертності.

Зниження/збільшення показника жорсткості печінки (LSM) $\geq 20\%$ корелює з

клінічно значущим покращенням/погіршенням, відповідно.

Клінічно значуще зниження показника ЖП, яке асоційовано зі значним зниженням ризику декомпенсації та смерті, яка пов'язана із захворюванням печінки, може бути визначене, як зниження показника ЖП на $\geq 20\%$ та відповідати показнику < 10 ЖП < 20 кПа.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Надавати пацієнту рекомендації щодо способу життя та режиму харчування, підтриманні ІМТ 18-29 кг/м², лікування цукрового діабету та супутньої патології за їх наявності. У разі виникнення декомпенсації або підвищення жорсткості печінки $> 20\%$ у процесі спостереження негайно направити пацієнта до лікаря-гастроентеролога.

Всім пацієнтам із компенсованим ЦП або сACLD слід виконувати вимірювання жорсткості печінки (LSM) один раз на рік.

Надавати пацієнтам інформацію щодо методів спостереження за компенсованим ЦП або сACLD з метою підвищення прихильності до лікування.

Забезпечити записи в формі № 025/о щодо стану пацієнта та дотримання плану лікування і спостереження.

2. Спеціалізована медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

Діагностичні заходи включають збір анамнезу, фізикальні, лабораторні, інструментальні методи, які спрямовані на встановлення діагнозу компенсованого ЦП або компенсованої прогресуючої хронічної хвороби печінки (сACLD) та клінічно значущої портальної гіпертензії (КЗПГ), диференціацію між сACLD без КЗПГ та сACLD з КЗПГ.

Обґрунтування

Компенсований ЦП або сACLD може бути запідозрений лікарем будь-якої лікарської спеціальності при виконанні УЗД, МРТ, КТ органів черевної порожнини на основі характерних змін печінки при виконанні візуалізуючих методик, при ЕФГДС - за наявності варикозно-розширених вен стравоходу та шлунку, портосистемних коллатералей або гепатофугального току крові при виконанні доплерографії.

Діагноз компенсованого цирозу або компенсованої прогресуючої хронічної хвороби печінки (сACLD) та КЗПГ встановлюється лікарем-гастроентерологом на основі даних анамнезу, клінічного обстеження та даних транзитornoї еластографії (TE) або ультразвукової (УЗ)-еластографії, можливо магнітно-резонансної томографії (МРТ), комп'ютерної томографії (КТ), ендоскопії, лабораторних досліджень. За необхідності для діагностики застосовується біопсія печінки та вимірювання градієнту тиску у печінковій вені (HVPG).

Для оцінки ступеня фіброзу печінки використовують неінвазивні шкали FIB-4, APRI, Fibro-Test. Найбільш валідована неінвазивна система діагностики компенсованого ЦП або сACLD та КЗПГ базується на визначенні показника

жорсткості печінки (LSM) за допомогою TE та підрахунку кількості тромбоцитів.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Детальний збір анамнестичних даних включає оцінку специфічних скарг та розладів, ретельний об'єктивний огляд пацієнта, оцінку даних анамнезу та динаміки лабораторних та інструментальних даних.

Фізикальне обстеження включає: загальний огляд пацієнта; визначення маси тіла та розрахунок ІМТ, оцінку кольору шкіри, змін шкіри; визначення форми, симетричності живота, визначення утворень, що пальпуються; обстеження серцево-судинної системи, визначення пульсу, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску (АТ); обстеження системи дихання.

Лабораторне обстеження включає: загальний клінічний аналіз крові з підрахунком тромбоцитів, загальний аналіз сечі, С-реактивний білок (СРБ); печінкові проби (аспартатамінотрансфераза (АСТ), аланінамінотрансфераза (АЛТ), білірубін, гамма-глутамінтранспептидаза (ГГТП), лужна фосфатаза (ЛФ), коагулограма, альбумін, креатинін; калій, натрій, глюкоза натщесерце, а також специфічні дослідження для виявлення етіології, якщо вони не були виконані на попередніх етапах: HBsAg, сумарні антитіла до вірусу гепатиту С, антинуклеарні антитіла (ANA), антигладком'язеві антитіла (SMA), антитіла до мікросом печінки та нирок (LKM-1 та LKM-3), антитіла до розчиненого печінкового антигену (SLA) та печінково—панкреатичного антигену (LP), антимитохондріальні антитіла M2 (AMA M2), залізо, феритин, мідь, церулоплазмін, α -антітрипсин печінки.

Оцінку ступеня фіброзу печінки проводять за допомогою неінвазивних шкал FIB-4, APRI, Fibro-Test.

Визначення показника жорсткості печінки (LSM) здійснюється за допомогою TE та підрахунку кількості тромбоцитів

Для діагностики сACLD та КЗПГ та визначення порогу, коли потрібно виконувати ЕФГДС, використовується правило «5» (10-15-20-25 кПа) відповідно до пункту 1 розділу IV цього УКПМД. Індекс ЖП ≥ 10 потребує повторної перевірки в умовах голодування або може бути доповнений результатами встановлених сироваткових маркерів фіброзу (fibrosis-4 $\geq 2,67$, FibroTest $\geq 0,58$ для алкогольної/вірусної хвороби печінки, FibroTest $\geq 0,48$ для стеатотичної хвороби печінки, асоційованої з метаболічною дисфункцією).

Визначення показника жорсткості селезінки (SSM) при TE проводиться для виключення/встановлення діагнозу КЗПГ (SSM < 21 кПа/ SSM > 50 кПа, відповідно).

Пацієнтам, які не є кандидатами на призначення неселективних бета-блокаторів (НСББ) (протипоказання/непереносимість) та згідно критеріїв Baveno VI (ЖП за TE ≥ 20 кПа та кількість тромбоцитів $\leq 150 \times 10^9$ /л) потребують проведення ендоскопії, додаткова оцінка показника SSM ≤ 40 кПа дозволяє визначити пацієнтів з низькою ймовірністю варикозного розширення вен з групи високого ризику, у яких проведення ендоскопії можна уникнути.

Інші інструментальні дослідження включають:

Езофагогастроуденоскопію (ЕГДС) для скринінгу варикозно розширених вен – виконується, коли TE недоступна або пацієнтам з компенсованим ЦП, які не є кандидатами на призначення неселективних бета-блокаторів (НСББ) (протипоказання/непереносимість) для профілактики декомпенсації, якщо ЖП за

TE становить ≥ 20 кПа та кількість тромбоцитів $\leq 150 \times 10^9$ /л;

вимірювання градієнту тиску у печінковій вені (HVPG) для оцінки КЗПГ пацієнтів з сACLD за можливістю.

MPT та/або КТ органів черевної порожнини з метою виявлення порушення структури печінки, ознак портальної гіпертензії, можливих вогнищевих уражень за необхідності.

біопсію печінки – коли діагноз неможливо встановити за допомогою неінвазивних методів дослідження.

2) Лікування

Положення протоколу

Метою лікування пацієнтів з компенсованим ЦП або сACLD та КЗПГ є попередження декомпенсації, а компенсованого ЦП або сACLD без КЗПГ - рекомпенсація цирозу печінки.

Лікувальні заходи передбачають застосування профілактичних заходів з оптимізації способу життя (адекватне харчування, нормалізація маси тіла, уникнення споживання алкоголю, інших гепатотоксичних речовин та лікарських засобів) та контроль коморбідних станів, а також застосування медикаментозних та немедикаментозних методів.

Пригнічення або лікування етіологічного фактору, оптимізація способу життя (адекватне харчування, нормалізація маси тіла, уникнення споживання алкоголю та інших гепатотоксичних речовин та лікарських засобів) та контроль коморбідних станів змінюють та повертають у зворотньому напрямку прогресію хвороб печінки.

Первинна профілактика декомпенсації за допомогою ендоскопічного бандажного лігування може проводитися у пацієнтів з компенсованим ЦП або сACLD та КЗПГ, високим ризиком вариксів, які не можуть отримувати НСББ.

Обґрунтування

Усунення/пригнічення первинного етіологічного фактору включає стійку вірусологічну відповідь (СВВ) у пацієнтів з ВГС, пригнічення ВГВ за відсутності ко- інфекції ВГС у пацієнтів з хронічним ВГВ, а також тривале утримання від алкоголю у пацієнтів з алкоголь-асоційованим захворюванням печінки. Навіть усунення/пригнічення первинного етіологічного фактору в умовах надмірної маси тіла / ожиріння, компенсованого цукрового діабету та продовження вживання алкоголю є несприятливими прогностичними факторами, що підвищують показники смертності, яка пов'язана з печінкою.

Усунення / пригнічення первинного етіологічного фактору, подальша відсутність / усунення КЗПГ призводить до потенційно значущого зниження HVPG у більшості пацієнтів і суттєво знижує ризик розвитку печінкової декомпенсації.

Пацієнти з компенсованим ЦП або сACLD та КЗПГ повинні отримувати НСББ для превенції декомпенсації, що усуває необхідність подальшого ендоскопічного скринінгу. Карведилол – найбільш доцільний НСББ при компенсованому ЦП, оскільки він ефективніше знижує HVPG. Рішення про лікування НСББ слід приймати за наявності клінічних показань незалежно від можливості вимірювання HVPG. Відсутні показання для застосування НСББ у пацієнтів без КЗПГ.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Надати пацієнту рекомендації щодо корекції способу життя, дієти та режиму харчування, режиму праці та відпочинку відповідно до інформації, яка наведена у додатку до цього УКПМД.

Пацієнтам з компенсованим ЦП або сACLD та КЗПГ слід призначити НСББ (пропранолол, карведилол); дози та протипоказання до яких наведені у пункті 2 розділу IV цього УКПМД.

Пацієнтам з компенсованим цирозом або сACLD та КЗПГ, високим ризиком вариксів та протипоказаннями до призначення або непереносимістю НСББ виконується ендоскопічне бандажне лігування.

У пацієнтів з ЦП В і С за Чайлд-П'ю статини слід застосовувати в нижчих дозах (розувастатин не більше 5-10 мг/добу), а за пацієнтами слід ретельно спостерігати щодо токсичності для м'язів і печінки.

Для вторинної профілактики печінкової енцефалопатії показаний рифаксимін. Рифаксимін слід розглянути для профілактики явної печінкової енцефалопатії у пацієнтів з попереднім епізодом печінкової енцефалопатії, яким показано проведення TIPS.

Пероральні антикоагулянти прямої дії (DOACs) настільки ж безпечні та ефективні для профілактики серцево-судинних подій у пацієнтів з ЦП за Чайлд-П'ю клас А/В, як і у пацієнтів без ЦП. DOACs не рекомендовані пацієнтам з ЦП за Чайлд-П'ю класу С.

За наявності коморбідних станів пацієнтам з компенсованим ЦП або сACLD призначається відповідне лікування.

3) Подальше спостереження**Положення протоколу**

Пацієнт з компенсованим ЦП або сACLD перебуває на обліку у лікаря загальної практики-сімейного лікаря, лікаря-гастроентеролога (в залежності від контрольованості захворювання) впродовж всього життя.

Обґрунтування

У пацієнтів з ЦП та його ускладненнями слід регулярно оцінювати загальний стан, контролювати формування ускладнень з метою прийняття рішення щодо необхідності посилення лікування або можливості обережного зменшення його інтенсивності, коли захворювання стає контрольованим.

Моніторинг пацієнта з компенсованим ЦП або сACLD з/без КЗПГ спрямований на попередження декомпенсації цирозу, своєчасне виявлення ускладнень задля зниження показників смертності.

Зниження/збільшення показника жорсткості печінки (LSM) $\geq 20\%$ корелює з клінічно значущим покращенням/погіршенням, відповідно.

Клінічно значуще зниження показника ЖП, яке асоційовано зі значним зниженням ризику декомпенсації та смерті, яка пов'язана із захворюванням печінки, може бути визначене, як зниження показника ЖП на $\geq 20\%$ та відповідати показнику < 10 ЖП < 20 кПа.

Скринінгові ендоскопії не обов'язкові у пацієнтів компенсованих або декомпенсованих, які отримують НСББ.

За недоступності ТЕ для діагностики КЗПГ та протипоказаннях і/ або непереносимості НСББ, рекомендовано ендоскопічне спостереження всіх пацієнтів з цирозом.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Пацієнтам з компенсованим цирозом печінки або сACLD необхідно проведення оцінки показника жорсткості печінки:

1 раз на 2-3 роки при значенні показника LSM 5-10 кПа для моніторингу прогресії для верифікації сACLD з метою зменшення хибно-позитивних результатів;

1 раз на рік серед пацієнтів з компенсованим цирозом або сACLD без КЗПГ, які потребують призначення НСББ або скринінгові ендоскопії, в поєднанні із кількістю тромбоцитів.

У випадках, коли показник LSM <20 кПА та кількість тромбоцитів >150x10⁹/л (Baveno VI критерії) пацієнт повинен бути ідентифікований та потрапляє до групи дуже низького ризику варикозів (скринінгові ендоскопії не показано) та потребує повторної оцінки 1 раз на рік.

Якщо визначення показника LSM недоступне, повинно виконуватися ендоскопічне спостереження, доки не знайдено додаткових сурогатних маркерів портальної гіпертензії (ПГ).

Якщо ТЕ недоступна для діагностики КЗПГ і, коли НСББ протипоказані або не переносяться, рекомендовано ендоскопічне спостереження всіх пацієнтів з цирозом. Пацієнти з компенсованим цирозом або сACLD без варикозів на скринінговій ендоскопії повинні повторювати ендоскопічне дослідження кожні 2 роки (якщо ураження печінки продовжується або існують асоційовані стани, такі як ожиріння або вживання алкоголю) або кожні 3 роки (якщо немає активного захворювання печінки, наприклад після елімінації вірусу, алкогольної абстиненції). Пацієнтам з компенсованим цирозом або сACLD без варикозів, у яких розвивається декомпенсація, повинна виконуватись ендоскопія під час розвитку декомпенсації. Присутність варикозів любого розміру повинно бути показанням для негайного призначення НСББ (за відсутності протипоказань).

Пацієнти з компенсованим цирозом та КЗПГ без варикозів, у яких є протипоказання або непереносимість НСББ, повинні проходити ендоскопічне обстеження кожні 2 роки при активному захворюванні печінки та кожні 3 роки, коли захворювання печінки контролюється. Пацієнти з компенсованим цирозом та КЗПГ з варикозами, у яких не було кровотеч та є протипокази або непереносимість НСББ, повинні проходити ендоскопічне обстеження кожен рік при активному захворюванні печінки та кожні 2 роки, коли захворювання печінки контролюється.

Інші обстеження виконуються згідно зі скаргами та даними фізикального обстеження.

При планових візитах під час спостереження надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень, повної відмови від вживання алкоголю та спостереження за метаболічними показниками.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1) Діагностика та диференційна діагностика

Збір анамнезу

Детальний збір анамнестичних даних включає оцінку специфічних скарг та розладів, ретельний об'єктивний огляд пацієнта, ретельну оцінку даних анамнезу та динаміки лабораторних та інструментальних даних. Специфічні скарги, які можуть бути пов'язані із захворюванням печінки, включають слабкість, швидку втомлюваність, нездужання, здуття, дискомфорт у черевній порожнині, шкірний свербіж.

Фізикальне обстеження

Фізикальне обстеження у випадку підозри на компенсований ЦП або сACLD включає:

- загальний огляд пацієнта;
- оцінку кольору шкіри, наявність змін шкіри (сухість шкіри, блідість, синці, геморагічні висипання, розчоси);
- оцінку м'язової маси (зменшення), визначення форми, симетричності живота, визначення утворень, що пальпуються;
- обстеження серцево-судинної системи, визначення пульсу, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску (АТ);
- обстеження системи дихання, визначення маси тіла та розрахунок ІМТ.

Лабораторні дослідження

Загальні дослідження:

- загальний клінічний аналіз крові з підрахунком тромбоцитів;
- СРБ;
- печінкові проби (АЛТ, АСТ, білірубін, ГГТП, ЛФ),
- коагулограма (ПТТ) чи МНВ;
- визначення рівнів альбуміну, креатиніну, калію, натрію;
- глюкоза натщесерце;
- загальний аналіз сечі.

Специфічні дослідження для виявлення етіології хронічного захворювання печінки включають: HBsAg, сумарні антитіла до вірусу гепатиту С, антинуклеарні антитіла (ANA), антигладком'язеві антитіла (SMA), антитіла до мікросом печінки та нирок (LKM-1 та LKM-3), антитіла до розчиненого печінкового антигену (SLA) та печінково—панкреатичного антигену (LP), антимитохондріальні антитіла M2 (AMA M2), залізо, феритин, мідь, церулоплазмін, α -антітрипсин печінки;

Неінвазивні шкали (сироваткові маркери) для визначення ступеня фіброзу печінки: FIB-4, APRI, FibroTest.

Інструментальні дослідження

Транзйєнтна еластографія печінки:

Для діагностики компенсованого цирозу або сACLD та КЗПГ використовується правило «5» (10-15-20-25 кПа).

Критерії виявлення **sACLD** відповідно до значення ЖП за даними ТЕ:

<10 кПа за відсутності інших відомих клінічних/візуалізаційних ознак виключають sACLD;

від 10 до 15 кПа вказують на ймовірну/можливу sACLD;

>15 кПа є дуже вірогідними для діагностування sACLD.

Критерії виявлення **КЗПГ** відповідно до значення ЖП за даними ТЕ та кількості тромбоцитів:

≤15 кПа в поєднанні із кількістю тромбоцитів $\geq 150 \times 10^9/\text{л}$ виключають КЗПГ;

від 20 до 25 кПа та кількість тромбоцитів $< 150 \times 10^9$ - ризик розвитку КЗПГ 60%;

від 15 до 20 кПа та кількість тромбоцитів $< 110 \times 10^9$ - ризик розвитку КЗПГ 60%;

≥25 кПа є достатнім для встановлення діагнозу КЗПГ.

УЗ-еластографія може використовуватись для діагностики компенсованого цирозу або sACLD та КЗПГ;

езофагогастродуоденоскопія для скринінгу варикозно розширених вен виконується, коли ТЕ недоступна або пацієнтам з компенсованим цирозом печінки, які не є кандидатами на призначення (НСББ) (протипоказання/непереносимість) для профілактики декомпенсації, якщо ЖП за ТЕ становить ≥ 20 кПа та кількість тромбоцитів $\leq 150 \times 10^9/\text{л}$;

МРТ та/або КТ органів черевної порожнини;

біопсія печінки виконується у випадку, коли діагноз не можна поставити за допомогою неінвазивних методів дослідження;

вимірювання градієнту тиску у печінковій вені (HVPG) для оцінки КЗПГ у пацієнтів з sACLD проводиться за можливості:

>5 mmHg – портальна гіпертензія (ПГ);

>10 mmHg – клінічно значуща портальна гіпертензія (КЗПГ);

вимірювання жорсткості селезінки (SSM) за допомогою ТЕ - для виключення та встановлення діагнозу КЗПГ (SSM <21 кПа та SSM >50 кПа відповідно). Пацієнтам, які не є кандидатами на призначення НСББ (протипоказання/непереносимість), яким ендоскопія була б необхідна відповідно до критеріїв Baveno VI (ЖП за ТЕ ≥ 20 кПа або кількість тромбоцитів $\leq 150 \times 10^9/\text{л}$), SSM ≤ 40 кПа за ТЕ може бути використана для виявлення пацієнтів з низькою ймовірністю варикозного розширення вен у яких ендоскопії можна уникнути.

Прогностичні значення градієнта тиску у печінковій вені (HVPG)
у пацієнтів з ЦП

Граничний рівень HVPG	Клінічне значення
≥10 мм.рт.ст.	Ризик утворення варикозного розширення, вен клінічної декомпенсації, гепатоцелюлярної карциноми
≥12 мм.рт.ст.	Ризик кровотечі з варикозно розширених вен
≥16 мм.рт.ст.	Ризик смертності у декомпенсованих пацієнтів

Пропранолол	Зменшення серцевого викиду; зменшення частоти серцевих скорочень (ЧСС) та скоротливості внаслідок блокади β -1 адренорецепторів	20-40 мг двічі на день	Підвищувати дозу кожні 2-3 дні до досягнення максимальної	Без асцитів: 320 мг/день; з асцитом: 160 мг/день	ЧСС 55-60, якщо переноситься лікування; при спонтанному бактеріальному перитоніті (СБП) АТ повинен підтримуватися >90 мм рт. ст.	Слабкість, брадикардія, диспное, ортостатична гіпотензія, закріп	Невизначено тривало або до TIPS або трансплантації печінки. Немає показань для рутинної ендоскопії.
Карведилол	Плюс до вищеперерахованого зниження інтрагепатичної судинної резистентності, викликаного анти-альфа адренергічною активністю	6,25 мг один раз на день	Підвищувати по 6,25 мг двічі на день після 3-х днів	12,5 мг/день (вищі дози можуть розглядатися для позапечінокових показань)	Немає межі ЧСС, якщо переноситься лікування; при СБП АТ повинен підтримуватися >90 мм рт. ст.		

Примітка:

Протипоказаннями до лікування неселективними β блокаторами абсолютними є наявність: астми, 2 ст./ 3 ст. атріовентрикулярної блокади (за відсутності імплантованого пейсмекера); синдром слабкості синусового вузла; виражена брадикардія (<50 уд.на хв.); відносними є наявність: псоріазу, хвороби периферичних артерій, хронічного обструктивного захворювання легень; легенева гіпертензія (суперечливо); інсулінзалежний цукровий діабет, синдром Рейно.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

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

Кадрові ресурси

Первинна медична допомога:

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги пацієнтам з ЦП.

Спеціалізована медична допомога:

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

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення): карведілол, пропранолол, рифаксимін, розувастатин.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря клінічного маршруту пацієнта (КМП) з компенсованого ЦП.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря КМП з компенсованого ЦП

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Цироз печінки компенсований».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 90%.

2025 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

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

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

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

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

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП ведення пацієнта з ЦП. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем загальної практики-сімейним лікарем.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

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

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Цироз печінки», 2024. https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

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

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

Директор Департаменту
медичних послуг



Тетяна ОРАБІНА

Додаток
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної та спеціалізованої медичної
допомоги «Цироз печінки
компенсований»
(підпункт 3 пункту 1 розділу III)

Пам'ятка для пацієнтів із цирозом печінки (ЦП) та його ускладненнями

Що таке ЦП?

ЦП – це захворювання, яке є наслідком тривалого хронічного запального процесу, що вражає печінку. ЦП – є ускладненням основного захворювання – хронічного гепатиту. ЦП виникає внаслідок заміни тканини печінки на сполучну, що супроводжується порушенням усіх функцій печінки (зовнішньої (секреторної), відповідальної за формування і виділення жовчі, внутрішньої, що відповідає за обмін речовин та кровотворення та бар'єрної (захист від токсинів, тощо).

ЦП поки є невиліковними, однак існує лікування, спрямоване на пригнічення патологічної запальної реакції та уражень травного тракту, що сприяє зменшенню та зникненню симптомів, покращенню якості життя. Незважаючи на неможливість повного одужання, симптоми захворювання та їх вплив на життя пацієнта можуть бути мінімізовані відповідним своєчасним лікуванням.

Виключенням з усіх ЦП є алкогольне ураження печінки (алкогольний ЦП) – при припиненні вживання алкоголю можливий оборотний процес захворювання печінки. За даними досліджень більше 75% пацієнтів з алкогольним ЦП навіть на термінальній стадії захворювання при припиненні прийому алкоголю мають 3-річну виживаність.

Причини розвитку ЦП

Цирози печінки можуть бути наслідком великої кількості різних факторів, які викликають ураження клітин печінки та їх загибель.

Основними причинами ЦП вважаються:

- а) вірусні гострі і хронічні ураження органу - вірусні гепатити;
- б) ураження органу з причини зловживання спиртним - гепатит алкогольного походження;
- в) ураження печінки внаслідок вживання лікарських препаратів – медикаментозний гепатит;
- г) захворювання печінки аутоімунного походження - гепатит або цироз аутоімунного характеру;
- г) неалкогольна жирова інфільтрація печінки, що своєчасно не лікувалася (неалкогольна хвороба печінки);
- д) захворювання тканини печінки паразитарного походження (ехінококоз тощо);
- е) хвороби жовчовивідної системи (наприклад, холестатичний гепатит);
- е) вроджені порушення обмінних процесів: порушення ліпідного обміну та інше;

ж) хвороби інших внутрішніх органів, наприклад, недостатність роботи серцева недостатність.

Стадії ЦП:

стадія компенсації при розвитку ЦП: прояви захворювання не виявляються, оскільки решта здорових клітин компенсують роботу пошкоджених клітин;

стадія субкомпенсації при розвитку ЦП: виникають перші симптоми захворювання - слабкість, втрата апетиту, різке схуднення; решта здорових клітин вже не може в повній мірі компенсувати роботу зруйнованих клітин;

стадія декомпенсації при розвитку ЦП: виникає гостра печінкова недостатність (порушення усіх функцій печінки), жовтяниця; за відсутності лікування можливий розвиток печінкової коми.

Які симптоми зобов'язують проконсультуватися з лікарем та обстежитись?

Основні симптоми ЦП - загальна слабкість, значна втрата ваги, жовтушність шкіри і слизових оболонок, збільшення живота в об'ємі, набряки ніг, кровоточивість ясен або часті носові кровотечі. За наявності цих симптомів слід негайно звернутися до лікаря та пройти відповідне обстеження для з'ясування подальшої тактики лікування.

Як діагностується ЦП?

Для встановлення діагнозу Вам необхідно пройти комплексне обстеження, що включає збір анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторні та інструментальні обстеження. Найбільш достовірним методом діагностики є біопсія тканини печінки, однак її проведення частіше виконується у тяжких діагностичних випадках, коли інші методи діагностики не дозволяють остаточно встановити діагноз ЦП.

Як лікується ЦП?

Нажаль, на сьогодні неможливо остаточновилікувати ЦП. Лікування цирозу, як правило, носить симптоматичний характер. Тобто, мета лікування ЦП полягає в усуненні симптомів захворювання та регулюванні нормальної роботи печінки. Основні принципи лікування захворювання - усунення причин ЦП та дотримання відповідного дієтичного харчування, попередження та лікування ускладнень ЦП. Єдиним кардинальним методом лікування ЦП є хірургічне втручання з пересадкою донорської печінки – ортотопічна трансплантація печінки.

Лікування ЦП

При лікуванні ЦП необхідним є поєднання немедикаментозних та медикаментозних засобів. Лікування ЦП здійснюється амбулаторно та стаціонарно в залежності від ступеня тяжкості та стратифікації факторів ризику несприятливого прогнозу. Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні можуть призначати заходи з корекції способу життя (відмова від вживання алкоголю та тютюну, дотримання режиму харчування, праці та відпочинку) та симптоматичне лікування, а також проводити лікування згідно з рекомендаціями лікаря-гастроентеролога, до якого Вас обов'язково направлять на консультацію. За наявності ускладнень ЦП Вам запропонують дообстеження та стаціонарне

лікування у відповідному профільному відділенні.

Немедикаментозне лікування ЦП:

Для більш ефективного лікування ЦП Вам слід виконувати рекомендації лікаря щодо корекції способу життя, зокрема, режиму харчування, фізичних навантажень, праці та відпочинку:

відпочивайте, як тільки Ви відчуваєте втому;
не піднімайте тяжкості (це може спровокувати шлунково-кишкову кровотечу);

слідкуйте за частотою стулу (1-2 рази на день);
при затримці рідини в організмі (набряки, асцит) обмежуйте прийом кухарської солі до 3-5 г/д, рідини - до 1000-1500 мл на добу;

щодня вимірюйте масу тіла, обвід живота на рівні пупка (збільшення яких говорить про затримку рідини) – повідомте про це лікаря;

рахуйте баланс рідини за добу (діурез): підрахуйте об'єм усієї рідини (чай, кава, вода, суп, фрукти і так далі), що вживається внутрішньо, і підраховувати усю рідину, що виділяється при сечовипусканні - кількість рідини, що виділяється, має бути приблизно на 300-500 мл більше, ніж кількість прийнятої рідини;

для контролю ступеня ураження нервової системи використовуйте простий тест з почерком: щодня записуйте коротку фразу, наприклад, «добрий ранок» в спеціальний зошит;

обмежуйте психічні і фізичні навантаження;
при загальному хорошому стані щоденно Вам показана лікувальна ходьба та лікувальна гімнастика.

Якщо Ви жінка з активним ЦП, уникайте вагітності.

Дієта

Дієтичні рекомендації залежать від етіології і ускладнення ЦП. Необхідно повністю відмовитись від вживання алкоголю. Порушення дієти може бути пов'язане з багатьма супутніми симптомами, такими, як діарея, здуття живота, підвищене газоутворення, болі в животі. Зміна дієти може полегшити симптоми, а також попередити розвиток ускладнень ЦП (а саме, печінкової енцефалопатії). При наявності ускладнень ЦП необхідне чітке нормування кількості вживаного білку (особливо, тваринного походження).

Страви необхідно готувати методом відварювання, припускання у невеликій кількості води, овочевого відвару, на пару, тушкування з овочами, невеликою кількістю сметани, запікання у фользі чи в духовій шафі.

Тютюнопаління та ЦП

Лікування ЦП буде мати кращі результати, якщо ви не палите. Поряд з використанням необхідних методів лікування, припинення паління є наступним найважливішим кроком, який покращує результат лікування.

Лікарські засоби для симптоматичного лікування ЦП

Медикаментозна терапія визначається характером основних проявів захворювання та наявності ускладнень.

Хірургічне лікування ЦП

Оперативне втручання з пересадкою печінки є дієвим засобом лікування ЦП. Трансплантація печінки – це заміщення ураженої печінки здоровою, взятою у донора. Трансплантація печінки дозволяє врятувати життя багатьом хворим на значно більш ранніх стадіях ураження печінки. Найбільшого поширення набула ортотопічна трансплантація, технічні аспекти якої розроблені найкраще.

Додаткові методи лікування

Відсутні докази щодо користі від використання трав, вітамінів, мінералів, біологічно-активних домішок та інших альтернативних методів лікування. Хоча деякі з них можуть полегшувати симптоми (вони, зазвичай, ефективні лише у дуже простих випадках, на початку хвороби). Тому консультируйтесь з Вашим лікарем щодо ефективності та безпеки цих продуктів та доцільності їх використання.

ЦП має наступні ускладнення:

1. Асцит – патологічне накопичення рідини в черевній порожнині.
2. Спонтанний бактеріальний перитоніт – інфекція у пацієнтів з асцитом та ЦП.
3. Гепато-ренальний синдром – ниркова недостатність у пацієнтів з ЦП.
4. Печінкова енцефалопатія – порушення функціонування мозку у пацієнтів з ЦП.
5. Гепато-пульмональний синдром – структурно-функціональні зміни легень у пацієнтів з ЦП.
6. Варикозне розширення вен стравоходу – найбільш летальне ускладнення ЦП.
7. Тромбоз портальної вени.
8. Гепатоцелюлярна карцинома.

Асцит

Якщо Ви відмічаєте збільшення живота в об'ємі або збільшення загальної ваги при відносно задовільному самопочутті (відсутності лихоманки, вираженої слабкості), є велика вірогідність розвитку такого ускладнення ЦП як первинний епізод асциту. Слід звернутися до лікаря для дообстеження та призначення відповідного лікування сечогінними препаратами. Асцит може лікуватися як амбулаторно, так і стаціонарно в залежності від відповіді на діуретичну терапію.

Спонтанний бактеріальний перитоніт (СБП)

Якщо у Вас при наявності ЦП з асцитом підвищується температура тіла, має місце підвищення частоти серцевих скорочень, напруженість м'язів живота, присутня загальна слабкість та озноб, є велика вірогідність розвитку СБП. Слід негайно звернутися до лікаря, якщо Ви не знаходитесь на стаціонарному лікуванні. Необхідним є проведення бактеріологічного дослідження асцитичної рідини. Лікування СБП проводиться в умовах спеціалізованого гастроентерологічного стаціонару за допомогою призначення антибактеріальної терапії.

Гепато-ренальний синдром (ГРС)

Якщо у Вас за наявності ЦП з асцитом без наявності в анамнезі захворювань нирок або застосування нефротоксичних препаратів знижується кількість добової сечі та зростає загальна слабкість, є велика вірогідність розвитку ГРС. Слід негайно звернутися до лікаря, якщо Ви не знаходитесь на стаціонарному лікуванні. Необхідним є визначення креатиніну крові (>133 мкмоль/л – ризик розвитку ГРС). Лікування ГРС проводиться в умовах стаціонару з призначенням агоністів рецепторів вазопресина, вазоконстрикторів і сечогінних препаратів, гемодіалізу або TIPS і MARS-терапії. Найкращим радикальним лікуванням ГРС є трансплантація печінки.

Печінкова енцефалопатія (ПЕ)

Якщо у Вас за наявності ЦП зростає загальна слабкість, має місце порушення концентрації уваги, погіршення пам'яті, є велика вірогідність розвитку ПЕ. Слід негайно звернутися до лікаря, якщо Ви не знаходитесь на стаціонарному лікуванні. Лікування ПЕ проводиться в умовах спеціалізованого стаціонару за допомогою призначення препаратів лактулози, рифаксиміну та антибактеріальної терапії. Трансплантація печінки залишається єдиним способом лікування ПЕ, що не піддається іншим методам терапії і обумовлює інші ризики для пацієнта.

Варикозне розширення вен стравоходу (ВРВ)

Якщо у Вас за наявності ЦП зростає загальна слабкість, має місце потемніння випорожнень («чорний кал»), або має місце блювання у вигляді «кавової гущі», є велика вірогідність розвитку кровотечі із ВРВ стравоходу або шлунку. Слід негайно звернутися до лікаря, якщо Ви не знаходитесь на стаціонарному лікуванні. Лікування кровотеч проводиться тільки в умовах спеціалізованого стаціонару за допомогою призначення відповідної гемостатичної терапії, а за необхідності – ендоскопічного та хірургічного лікування.
