

13. Chen Y, Gu S, Chen Y, et al. Six-month follow-up of gut microbiota richness in patients with COVID-19. *Gut*. 2022; 71 (1): 222–225. DOI: 10.1136/gutjnl-2021-324090.
14. Yeoh YK, Zuo T, Lui GC, et al. Gut microbiota composition reflects disease severity and dysfunctional immune responses in patients with COVID-19. *Gut*. 2021; 70 (4): 698–706. DOI: 10.1136/gutjnl-2020-323020.
15. Cheng X, Zhang Y, Li Y, Wu Q, Wu J, Park SK, Guo C, Lu J. Meta-analysis of 16S rRNA microbial data identified alterations of the gut microbiota in COVID-19 patients during the acute and recovery phases. *BMC Microbiol*. 2022 Nov 14; 22 (1): 274. DOI: 10.1186/s12866-022-02686-9. PMID: 36376804; PMCID: PMC9662111.
16. Romano S, Savva GM, Bedarf JR, Charles IG, Hildebrand F, Narbad A. Meta-analysis of the Parkinson's disease gut microbiome suggests alterations linked to intestinal inflammation. *NPJ Parkinsons Dis*. 2021 Mar 10; 7 (1): 27. DOI: 10.1038/s41531-021-00156-z. PMID: 33692356.
17. Шендеров Б. А., Ткаченко Е. И., Лазебник Л. Б., Ардатовская М. Д., Синица А. В., Захарченко М. М. Метабиотики – новая технология профилактики и лечения заболеваний, связанных с микробиологическими нарушениями в организме человека. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2018; 151 (3): 83–92. Shenderov B. A., Tkachenko E. I., Lazebnik L. B., Ardatskaya M. D., Sinitsa A. V., Zakharchenko M. M. Metabiotics is a new technology for the prevention and treatment of diseases associated with microecological disorders in the human body. *Experimental and clinical gastroenterology*. 2018; 151 (3): 83–92.
18. Villena J, Kitazawa H. The Modulation of Mucosal Antiviral Immunity by Immunobiotics: Could They Offer Any Benefit in the SARS-CoV-2 Pandemic? *Front Physiol*. 2020; 11:699. Published 2020 Jun 16. DOI: 10.3389/fphys.2020.00699.
19. Montegudo-Mera A, Rastall RA, Gibson GR, Charalampopoulos D, Chatzifragkou A. Adhesion mechanisms mediated by probiotics and prebiotics and their potential impact on human health. *Appl Microbiol Biotechnol*. 2019; 103 (16): 6463–6472. DOI: 10.1007/s00253-019-09978-7.
20. Alharbi KS, Singh Y, Hassan Almaliki W, et al. Gut Microbiota Disruption in COVID-19 or Post-COVID Illness Association with severity biomarkers: A Possible Role of Pre / Pro-biotics in manipulating microflora. *Chem Biol Interact*. 2022; 358: 109898. DOI: 10.1016/j.cbi.2022.109898.
21. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. А. А. Новик, Т. И. Ионова. СПб.: Нева; М.: ОЛМА-Пресс, 2002. 320 с. Novik A. A. Guidelines for the study of quality of life in medicine. A. A. Novik, T. I. Ionova. St. Petersburg: Neva; M.: OLMA-Press, 2002. 320 p.
22. Wang M., Wichienchoi S., He X., Fu X, Huang Q., Zhang B. In vitro colonic fermentation of dietary fibers: Fermentation rate, short-chain fatty acid production and changes in microbiota. *Trends in Food Science & Technology*. 2019. Vol. 88: 1–9. ISSN0924-2244. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2019.03.005>
23. Временные методические рекомендации: "Болезни органов пищеварения в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19)". Версия 2. Профилактическая медицина. 2021. Т. 24. № 5–2. С. 4–41. DOI 10.17116/profmed2021240524. – EDN XVIIULY. Temporary guidelines: "Diseases of the digestive system in the context of a pandemic of a new coronavirus infection (COVID-19)". Version 2. Preventive medicine. 2021. Vol. 24. No. 5–2. pp. 4–41. DOI 10.17116/profmed2021240524. – EDN XVIIULY.

Статья поступила / Received 16.12.22
Получена после рецензирования / Revised 20.12.22
Принята в печать / Accepted 20.12.22

Сведения об авторах

Лапинский Игорь Вадимович, к.м.н., ассистент кафедры. E-mail: lapinsky85@yandex.ru

Серкова Маргарита Юрьевна, к.м.н., ассистент кафедры

Бакулин Игорь Геннадьевич, д.м.н., проф. кафедры

Скалинская Мария Игоревна, к.м.н., доцент кафедры

Авалуева Елена Борисовна, д.м.н., проф. кафедры

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии имени С. М. Рысса ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Автор для переписки: Лапинский Игорь Вадимович. E-mail: lapinsky85@yandex.ru

About authors

Lapinski Igor V., PhD Med, assistant at Dept of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Dietetics. E-mail: lapinsky85@yandex.ru

Serkova Margarita Yu., PhD Med, assistant at Dept of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Dietetics

Bakulin Igor G., DM Sci (habil.), professor at Dept of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Dietetics

Skalinskaya Maria I., PhD Med, associate professor at Dept of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Dietetics

Avalueva Elena B., DM Sci (habil.), professor at Dept of Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Dietetics

North-Western State Medical University n.a. I. I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

Corresponding author: Lapinski Igor V. E-mail: lapinsky85@yandex.ru

Для цитирования: Лапинский И. В., Серкова М. Ю., Бакулин И. Г., Скалинская М. И., Авалуева Е. Б. Возможности использования метабиотика на основе метаболитов *Bacillus subtilis* для коррекции гастроинтестинальных симптомов у пациентов с постковидным синдромом. *Медицинский алфавит*. 2022; (35): 8–14. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-35-8-14>.

For citation: Lapinski I. V., Serkova M. Yu., Bakulin I. G., Skalinskaya M. I., Avalueva E. B. Metabiotic based on metabolites of *Bacillus subtilis* for correction of gastrointestinal symptoms in patients with post-COVID syndrome. *Medical alphabet*. 2022; (35): 8–14. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-35-8-14>.



DOI: 10.33667/2078-5631-2022-35-14-18

Ведение пациентов с циррозом печени на амбулаторном этапе: как не пропустить?

Е. М. Леденева, А. Л. Верткин, Ю. В. Седякина, С. С. Курджиева, Н. А. Буракова, М. М. Шамуилова

Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Цирроз печени – заболевание, с которым ежедневно сталкиваются гастроэнтерологи, терапевты, причем не только в стационаре, когда дело касается лечения осложнений, но и на амбулаторных приемах, когда болезнь протекает в стадии компенсации. При этом в возрастной группе 20–40 лет летальность от цирроза печени (ЦП) превосходит таковую от ишемической болезни сердца. Несмотря на современные достижения интенсивной терапии и трансплантологии, уровень смертности при развитии печеночной недостаточности остается высоким [1]. К примеру, в 2015 году смертность от цирроза печени составила 1,3 млн случаев, из них алкоголь стал причиной смерти 348 тыс., гепатит С – 326 тыс., а гепатит В – 371 тыс. человек [2]. Классические проявления цирроза не оставляют сомнений в диагнозе, однако подробный сбор анамнеза, активное выявление факторов риска на этапе латентного течения цирроза печени способны предотвратить многие грозные осложнения этого заболевания и снизить количество госпитализаций.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: цирроз печени, синдром цитолиза, синдром холестаза, печеночная недостаточность, асцит, печеночная энцефалопатия, варикозно расширенные вены пищевода, гепатомегалия, алкогольная кардиомиопатия.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Management of patients with liver cirrhosis at outpatient stage: How not to miss it?

E. M. Ledeneva, A. L. Vertkin, Yu. V. Sediakina, N. A. Burakova, M. M. Shamuilova, S. S. Kurdjieva

Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. A. I. Evdokimov, Moscow, Russia

SUMMARY

Liver cirrhosis is a disease gastroenterologists and therapists face daily, and not only in the hospital when it comes to treating complications, but also at outpatient appointments, when the disease is in the compensation stage. At the same time, in the age group of 20–40 years, mortality from liver cirrhosis (LC) exceeds that from coronary heart disease. Despite modern advances in intensive care and transplantation, the mortality rate in the development of liver failure remains high [1]. For example, in 2015, there were 1.3 million deaths from liver cirrhosis, of which 348,000 were caused by alcohol, 326,000 by hepatitis C, and 371,000 by hepatitis B [2]. The classic manifestations of cirrhosis leave no doubt in the diagnosis, however, a detailed history taking, active identification of risk factors at the stage of the latent course of liver cirrhosis can prevent many severe complications of this disease and reduce the number of hospitalizations.

KEYWORDS: liver cirrhosis, cytolysis syndrome, cholestasis syndrome, liver failure, ascites, hepatic encephalopathy, esophageal varices, hepatomegaly, alcoholic cardiomyopathy.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare that they have no conflict of interest.

Цели и задачи

Проиллюстрировать неэффективность рутинного выборочного обследования пациентов на амбулаторном этапе. Продemonстрировать возможность выявления серьезных заболеваний на амбулаторном этапе при своевременном комплексном обследовании по поводу других нозологий.

Вступление

Цирроз печени – это диффузный процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов [3]. Помимо инфекционной этиологии (вирусный гепатит В и С), существенный вклад в развитие данного заболевания вносит злоупотребление алкоголем. Причем у существенной части пациентов, страдающих алкоголизмом, цирроз печени протекает бессимптомно в течение многих лет, что может помешать ранней диагностике и своевременному началу терапии. Выявление факторов риска, меры, направленные на их коррекцию, комплексное обследование пациентов, а также мотивация населения к прохождению диспансеризации во время амбулаторных визитов – ключевой момент для успешного предотвращения развития цирроза печени.

Печень имеет достаточно большой потенциал к регенерации, именно поэтому на начальных стадиях ее повреждения, когда еще не прослеживаются осложнения цирроза, важно устранить причину, приведшую к его развитию. При переходе от компенсированного к декомпенсированному циррозу печени появляются такие симптомы, как желтуха, асцит, печеночная энцефалопатия (ПЭ), портальная гипертензия, кровотечения, и лечение становится в большей мере симптоматическим, направленным на коррекцию осложнений [4–5]. Осложнений, развития которых можно было бы избежать при ранней активной верификации факторов риска и начале превентивной терапии на амбулаторном этапе.

Клинический пример

Больной Н., 46 лет. Поступил с жалобами на желтушность склер, увеличение живота в объеме в течение месяца, одышку при умеренной физической нагрузке, отеки нижних конечностей, слабость.

Анамнез заболевания. Данные симптомы беспокоят в течение месяца. Ранее желтушности кожных покровов не отмечал, в этот раз на изменение склер обратили внимание родственники. Пациент обратился с указанными жалобами к участковому терапевту, было назначено обследование: УЗИ органов брюшной полости, общий анализ крови, биохимический анализ крови. По данным УЗИ, эхо-признаки гепатомегалии (КВР правой доли – 166 мм, толщина правой доли – 173 мм, КВР левой доли – 80 мм, толщина левой доли – 76 мм), жирового гепатоза печени, хронического панкреатита, нельзя исключить наличие конкремента в желчном пузыре. Признаки портальной гипертензии (расширение системы воротной вены – 14 мм, селезеночной вен, коллатерали). Нельзя исключить наличия анастомоза воротной вены с околопупочными венами или венами передней брюшной стенки. Асцит.

По данным лабораторного обследования, выявлены микроцитарная анемия средней степени тяжести и тромбоцитопения – гемоглобин 76 г/л, MCV 74,2 фл, тромбоциты 130×10^9 /л; синдром холестаза, преимущественно за счет прямой фракции – общий билирубин 44,1 ммоль/л, прямой билирубин 27,7 ммоль/л, ГГТП 512 ЕД/л, ЩФ 187 ЕД/л; синдром цитолиза – АСТ 87 ммоль/л, АЛТ 40 ммоль/л.

Злоупотребление алкоголем отрицает, однако, со слов дочери, запои – по 2–3 дня, раньше – раз в полгода, последние 5 лет – ежемесячно, и ситуативное употребление алкоголя каждые выходные (водка, коньяк). При этом пациент не пропускал работу, однако также стало известно о нескольких случаях вождения автотранспорта в нетрезвом виде.

Анамнез жизни. Пациент наблюдается в поликлинике по месту жительства по поводу гипертонической болезни (в течение 5 лет) с максимальным подъемом АД до 180/90 мм рт. ст. Принимает постоянную антигипертензивную терапию с хорошим контролем АД, без гипертонических кризов. Инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения отрицает. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Регулярно посещает терапевта с целью получения льготного рецепта на сахароснижающие препараты. Самостоятельно контролирует глюкозу крови, гликемия в пределах нормы.

Классификация тяжести циррозов печени по Чайлд-Пью

Оцениваемые параметры	Число баллов, в зависимости от значения параметра		
	1 балл	2 балла	3 балла
Асцит	Отсутствует	Мягкий, легко поддается лечению	Напряженный, плохо контролируемый
Общий билирубин (ммоль/л)	< 34	34–50	> 50
Альбумин плазмы (г/л)	> 35	28–35	< 28
Печеночная энцефалопатия	Отсутствует	Степень I–II (легкая, терапевтически контролируемая)	Степень III–IV (тяжелая, плохо контролируемая)
МНО	< 1,70	1,71–2,20	> 2,20

Примечание: класс A (Child A) – 5–6 баллов; класс B (Child B) – 7–9 баллов; класс C (Child C) – 10–15 баллов.

Вредные привычки. Курит в течение 26 лет по пачке в день. Злоупотребление алкоголем (со слов дочери).

Социально-бытовой анамнез. Пациент рос в неблагополучной семье, отец систематически злоупотреблял алкоголем, неоднократно менял место работы, прибегал к домашнему насилию. Мать больного также имела пристрастие к спиртному, однако не отличалась асоциальным поведением. Пациент по образованию сантехник, работает по специальности.

Объективный осмотр. Состояние средней степени тяжести. Рост 193 см, вес 114,2 кг. ИМТ 30,6. Сознание ясное. Кожные покровы бледноватые, нормальной влажности, отмечается субиктеричность склер и слизистых. Пастозность стоп. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, преимущественно справа, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту. Перкуторные границы сердца не расширены. ЧСС 110 в минуту, АД 140/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не напряжен, увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита. На передней брюшной стенке – варикозно расширенные вены. Правая доля печени выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Край печени мягко-эластической консистенции, ровный, плотный. Селезенка не пальпируется. Диурез, стул – без особенностей, физиологичной окраски.

Результаты лабораторного обследования

Общий анализ крови: гемоглобин – 76 г/л, MCV – 74,2 фл, тромбоциты – 78×10^9 /л, СОЭ – 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин – 61,3 ммоль/л, прямой билирубин – 41,2 ммоль/л, непрямой билирубин – 20,1 ммоль/л, альбумин – 30, ГГТП – 468 ЕД/л, ЩФ – 175 ЕД/л, АЛТ – 90 ммоль/л, АСТ – 88 ммоль/л, железо – 5,9 ммоль/л.

Коагулограмма: протромбиновое время – 23 с, МНО – 2,12, протромбиновый индекс – 37.

Результаты инструментального обследования

УЗИ органов брюшной полости: признаки гепатомегалии, диффузных изменений структуры печени по типу цирротических; реактивные изменения стенок и конкременты желчного пузыря. Умеренный асцит.

ЭГДС: варикозно расширенные вены пищевода (II–III степени). Недостаточность кардии. Хронические эрозии антрального отдела желудка. Геморрагический гастрит.

Эхо-КГ: увеличение обоих предсердий. Митральная недостаточность I степени, трикуспидальная недостаточность I степени.

Консультация хирурга: у пациента с циррозом печени имеются признаки внутрипеченочного холестаза (преимущественно за счет прямой фракции), а также конкременты желчного пузыря. Ввиду отсутствия расширения желчных протоков и обструкции желчевыводящих путей оперативное лечение не показано. Следует продолжить консервативную терапию в условиях терапевтического отделения.

Также пациенту проведены тесты: 1) тест связывания чисел – 72 с (I стадия ПЭ), 2) тест AUDIT – 14 баллов (высокий риск, связанный с употреблением алкоголя).

Из полученных данных следует вывод, что у пациента имеется:

- алкогольный анамнез;
- I стадия печеночной энцефалопатии (тест связывания чисел – 72 с);
- микроцитарная железодефицитная анемия вследствие хронических эрозий антрального отдела желудка;
- тромбоцитопения;
- изменения коагуляционного гемостаза (МНО – 2,12);
- гипоальбуминемия;
- желтуха за счет прямой фракции билирубина;
- синдром цитолиза;
- синдром холестаза;
- ненапряженный асцит;
- гепатомегалия;
- варикозно расширенные вены пищевода (ВРВП);
- алкогольная кардиомиопатия (дилатация предсердий).

На основании вышеперечисленных данных выставлен диагноз. Основное заболевание: цирроз печени алкогольной этиологии, класс C по Чайлд-Пью (11 баллов). Коморбидное сочетанное: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Фоновое: алкогольная поливисцеропатия, алкогольная кардиомиопатия, энцефалопатия. Гипертоническая болезнь II стадии III степени, риск ССО – 4. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c < 7,5%. Осложнения: ХСН 2Б. Портальная гипертензия: варикозно расширенные вены пищевода (II–III стадии), асцит. Паренхиматозная желтуха. Хронические эрозии антрального отдела желудка. Микроцитарная анемия средней степени тяжести.

Как упоминалось выше, пациент неоднократно обращался в поликлинику по поводу сахарного диабета и гипертонической болезни. На амбулаторных приемах не были оценены в полном объеме факторы риска (алкогольный анамнез, социальные факторы, стаж курения) как косвенные признаки развивающегося цирроза печени.

В соответствии с клиническими рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации пациентам при подозрении на цирроз печени рекомендованы:

- *общий анализ крови* с оценкой уровня гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов. Чаще всего у пациентов отмечается цитопения (в большей степени – тромбоцитопения различной степени тяжести). Возможно наличие анемии различной природы и выраженности – вклад могут вносить оккультные кровотечения при портальной гастро- и колопатии, дефицит витаминов (фолиевой кислоты и B_{12} при алкоголизации), постгеморрагическая анемия (после варикозных кровотечений), а также анемия хронических заболеваний [3]. При регулярных визитах в поликлинику пациенту не раз измерялся уровень глюкозы с целью оценки компенсации сахарного диабета, однако последний клинический анализ крови датируется от 2019 года, несмотря на то что это является обязательным лабораторным тестом для комплексной оценки состояния организма;
- *биохимический анализ крови*, включающий такие показатели, как общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гаммаглутаминотрансептидаза, глюкоза, пациентам с ЦП для оценки некровоспалительной активности, холестаза, функции печени, почек [6]. Уровень альбумина – прогностический маркер и ключевой показатель белково-синтетической недостаточности. В рамках печеночной недостаточности отмечается изолированное снижение уровня альбумина при нормальном и пограничном уровне общего белка. В рамках контроля осложнений гипертонической болезни и сахарного диабета, помимо глюкозы, у пациента каждые полгода оценивалась функция почек (креатинин, мочевины), однако развернутый биохимический анализ крови, включающий в себя вышеупомянутые параметры, в амбулаторной карте встречается последний раз в 2018 году. Вероятно, в связи с нормальными показателями на тот момент, от проведения повторного развернутого анализа было решено отказаться, что повлекло за собой недооценку состояния пациента относительно патологии печени;
- *УЗИ органов брюшной полости* – доступный метод диагностики, позволяющий пациентам с ЦП определить размеры и ультразвуковые характеристики печени, провести диагностику портальной гипертензии, исключить очаговые образования печени. Пациентам с сахарным диабетом также рекомендуется проходить данную процедуру раз в год. Соответственно своевременное обследование в полном объеме позволило бы выявить начальные проявления структурных изменений печени и заподозрить наличие нозологии, по поводу которой пациент ранее не наблюдался;
- *ЭГДС* – пациентам с компенсированным ЦП с отсутствием ВРВП на скрининге, но с сохраняющимся этиологическим фактором заболевания печени, рекомендовано проведение ЭГДС ежегодно для выявления ВРВП [3]. Несмотря на то что данный метод не входит в объем диспансеризации пациентов, страдающих са-

харным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, выполнение предыдущих пунктов и выявление отклонений в результатах обследования могли обосновать назначение данной процедуры пациенту с подозрением на цирроз печени в стадии компенсации.

Следует отметить, что жалобы у пациентов с компенсированным циррозом печени являются неспецифичными, что затрудняет раннюю диагностику заболевания. Однако в совокупности с данными анамнеза и образом жизни они позволяют заподозрить наличие заболевания печени.

Маркеры бессимптомного и компенсированного цирроза печени [6]:

- наличие в анамнезе факторов риска: вирусная инфекция (гепатит), злоупотребление алкоголем, дислипидемия в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени;
- снижение аппетита, уменьшение массы тела (требует особого внимания и онконастороженности);
- ощущение тяжести в верхней половине живота;
- у женщин – нарушения менструального цикла, у мужчин – эректильная дисфункция;
- снижение внимания и памяти;
- раздражительность.

Для объективной оценки начальных проявлений печеночной энцефалопатии, связанной как с нарушением детоксицирующей функции печени, так и с шунтированием богатой аммиаком крови в системный кровоток и головной мозг, можно использовать простой тест связи чисел. Минимальная ПЭ клинически может протекать бессимптомно, однако в экстремальных ситуациях может спровоцировать неадекватную оценку обстановки пациентом и принятие им опасных для окружающих решений [7].

В стационаре пациенту проведено лечение.

1. Гепатопротекторная терапия: адеметионин 400 мг 2 раза в день внутривенно капельно [8].
2. Диуретическая терапия: спиронолактон 100 мг 2 раза в день *per os*, фуросемид 40 мг раз в день струйно [9].
3. Желчегонная терапия: урсодезоксихолевая кислота 250 мг по 2 таблетки 2 раза в день *per os* [10].
4. Коррекция ПЭ, комбинированная терапия: Орнитин 30 мг 30 мг внутривенно капельно [11–12] + рифаксимин 1200 мг в сутки *per os* [13].
5. Профилактика кровотечений из ВРВП и снижение портальной гипертензии: карведилол 1 таблетка 6,25 мг раз в день [14].
6. Коррекция анемии: железо-сахарозный комплекс 100 мг по 1 таблетке 3 раза в день.
7. Гипотензивная и сахароснижающая терапия: эналаприл по 1 таблетке 10 мг раз в день, метформин 1000 мг по 1 таблетке 2 раза в день.

На фоне проводимой терапии вес снизился на 14 кг, редуцировались отеки нижних конечностей и явления асцита. Биохимические показатели пришли в норму (сохраняется умеренное увеличение АЛТ – 48 ммоль/л, АСТ –

52 ммоль/л). Амбулаторно рекомендовано продолжить терапию по коррекции анемии, прием Орнитина (18 мг в сутки *per os*) [11–12, 15], длительный курс 20% раствора альбумина (для контроля над асцитом, снижения частоты инфекционных осложнений) [16], а также предшествующую антигипертензивную и сахароснижающую терапию. Также даны рекомендации по изменению образа жизни и отказу от употребления алкоголя. С целью предупреждения кровотечения из ВРВП пациент направлен на консультацию к хирургу для решения вопроса о плановом лигировании вен пищевода [17].

Выводы

Несмотря на существующие клинические рекомендации по ведению пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа (2022), пациенту не были своевременно проведены многие базовые обследования, такие как общий анализ крови, который, вероятно, при выявлении микроцитарной анемии обусловил бы назначение пациенту эзофагогастро-дуоденоскопии, по результатам которой можно было бы оценить имеющуюся начальную трансформацию варикозно расширенных вен пищевода и принять соответствующие меры. Выборочная оценка показателей биохимического анализа крови (глюкоза, холестерин) без учета общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ и пр. способствовали недооценке белоксинтетической функции печени, а отсутствие в амбулаторной истории болезни УЗИ органов брюшной полости обусловило невозможность оценки начальных проявлений структурных изменений печени. Все вышеперечисленное в совокупности привело к диагностике у пациента цирроза печени на тяжелой стадии, когда лечение в большей мере направлено на коррекцию осложнений.

Настороженность в отношении заболеваний печени у пациентов с алкогольным анамнезом, проведение доступных и вместе с тем показательных для диагностики тестов для выявления печеночной энцефалопатии, сопровождающей ЦП на всем его протяжении в той или иной степени, должна быть неотъемлемой частью работы терапевта в амбулаторном звене с целью продления трудоспособного возраста пациентов и улучшения качества их жизни.

Сведения об авторах

Леденева Екатерина Михайловна, ординатор кафедры. E-mail: docled@yandex.ru
Верткин Аркадий Львович, д.м.н., проф., заслуженный деятель науки России, зав. кафедрой. E-mail: kafedrakt@mail.ru. eLibrary SPIN: 9605–9117. ORCID: 0000–0001–8975–8608

Седякина Юлия Владимировна, к.м.н., доцент кафедры. E-mail: sedyakiniayulia@gmail.com. eLibrary SPIN: 2897–5838

Буркова Наталья Андреевна, ординатор кафедры. E-mail: natalyaburakova97@gmail.com

Шамуилова Марина Мириновна, д.м.н., проф. кафедры. E-mail: kafedrakt@mail.ru. eLibrary SPIN: 7201–2830

Курджи́ева Светлана С., ассистент кафедры. E-mail: kafedrakt@mail.ru

Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва

Автор для переписки: Леденева Екатерина Михайловна. E-mail: docled@yandex.ru

Для цитирования: Леденева Е. М., Верткин А. Л., Седякина Ю. В., Курджи́ева С. С., Н. А. Буркова, М. М. Шамуилова Ведение пациентов с циррозом печени на амбулаторном этапе: как не пропустить? Медицинский алфавит. 2022; (35): 14–18. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-35-14-18>.

Список литературы / References

- О. В. Рыжкова. Алгоритм диагностики и лечения цирроза печени. с. 6. O. V. Ryzhkova. Algorithm for the diagnosis and treatment of liver cirrhosis. p. 6.
- Ван Х., Нагави М., Аллен К., Барбер Р. М., Бхутта З. А., Картер А. и др. Глобальная, региональная и национальная ожидаемая продолжительность жизни, смертность от всех причин и смертность от конкретных причин по 249 причинам смерти, 1980–2015: систематический анализ для исследования глобального бремени болезней 2015. *Lancet*. 388 (10053): 1459–1544. DOI: 10.1016/s0140-6736(16)31012-1.
- Van H., Nagavi M., Allen K., Barber R. M., Bhutta Z. A., Carter A. et al. Global, regional and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality by 249 causes of death, 1980–2015: A systematic analysis for the study of the global burden of disease 2015. *Lancet*. 388 (10053): 1459–1544. DOI: 10.1016/s0140-6736(16)31012-1.
- Клинические рекомендации. Цирроз и фиброз печени. 2021–2022–2023 (21.01.2022). С. 20–24. Clinical Guidelines. Cirrhosis and fibrosis of the liver. 2021–2022–2023 (01/21/2022). Pp. 20–24.
- De Franchis R, Baveno VI faculty. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the BAVENO VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J Hepatol* 2015; 63: 743–52. DOI: 10.1016/j.jhep.2015.05.022.
- Затевахин И. И., Ивашкин В. Т., Киценко Е. А., Павлов Ч. С., Шерцингер А. Г., Чжао А. В. и др. Национальные клинические рекомендации Минздрава России по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Медицинская газета. 2015; 71–4. Zatevakhin I. I., Ivashkin V. T., Kitsenko E. A., Pavlov Ch. S., Shercinger A. G., Zhao A. V. and others. National Clinical Guidelines of the Ministry of Health of Russia for the treatment of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach. *Medical newspaper*. 2015; 71–4.
- Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol 2021; 31 (6). С. 66–68.
- Patidar K. R., Bajaj J. S. Covert and overt hepatic encephalopathy: Diagnosis and management. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015 Nov.; 13 (12): 2048–61. DOI: 10.1016/j.cgh.2015.07.09.
- Chao A., Walzberg D., de Jesus R. P., Bueno A. A., Kha V., Allen K., Kappus M., Medici V. Malnutrition and Nutritional Support in Alcoholic Liver Disease: A Review. *Curr. Gastroenterol. Rep*. 2016. No. 18 (12). P. 65.
- Santos J., Planas R., Pardo A., Durandez R., Cabre E., Morillas R. S., et al. Spironolactone alone or in combination with furosemide in the treatment of moderate ascites in nonazotemic cirrhosis. A randomized comparative study of efficacy and safety. *J Hepatol*. 2003; 39 (2): 187–92. DOI: 10.1016/S0168-8278(03)00188-0.
- Пирогова И. Ю., Яковлева С. В., Неуймина Т. В. и соавт. Влияние препарата урсосан на стеатоз и фиброз печени, а также показатели метаболического синдрома у больных с неалкогольной жировой болезнью печени: сравнительное исследование («СФЕРА»). Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2018; 1: 7–14.
- Pirogova I. Yu., Yakovleva S. V., Neumina T. V. et al. The effect of ursosan on liver steatosis and fibrosis, as well as indicators of the metabolic syndrome in patients with non-alcoholic fatty liver disease: a comparative study SPHERE. *Gastroenterology. Supplement to Consilium Medicum*. 2018; 1: 7–14.
- Butterworth R. F., McPhail M. J. W. L-Ornithine L-Aspartate (LOLA) for Hepatic Encephalopathy in Cirrhosis: Results of Randomized Controlled Trials and Meta-Analyses. *Drugs*. 2019 Feb; 79 (Suppl 1): 31–7. DOI: 10.1007/s40265-018-1024-1.
- Canbay A., Sowa J.-P. L-Ornithine L-Aspartate (LOLA) as a Novel Approach for Therapy of Non-alcoholic Fatty Liver Disease. *Drugs*. 2019 Feb; 79 (Suppl 1): 39–44. DOI: 10.1007/s40265-018-1020-5.
- Zullo A., Hassan L., Lorenzetti R., Campo M. P. S., Riggio O. Rifaximin therapy and hepatic encephalopathy: Pros and cons. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2012. Aug 6; 3 (4): 62–7. DOI: 10.4292/wjgpt.v3.14.62.
- Kim S. G., Kim T. Y., Sohn J. H., Um S. H., Seo Y. S., Baik S. K., et al. A randomized, multi-center, open-label study to evaluate the efficacy of carvedilol vs. propranolol to reduce portal pressure in patients with liver cirrhosis. *Am J Gastroenterol*. 2016; 111 (11): 1582–90. DOI: 10.1038/ajg.2016.327. Epub 2016 Aug 30.
- Varakanahalli S., Sharma B. C., Srivastava S., Sachdeva S., Dahale A. S. Secondary prophylaxis of hepatic encephalopathy in cirrhosis of liver: a double-blind randomized controlled trial of L-ornithine L-aspartate versus placebo. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2018; 30 (8): 951–8. DOI: 10.1097/MEG.0000000000001137.
- Caraceni P., Riggio O., Angeli P., Alessandria C., Neri S., Foschi F. G., et al. Long-term albumin administration in decompensated cirrhosis (ANSWER): An open-label randomised trial *The Lancet*. 2018; 391 (10138): 2417–29. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30840-7.
- Шерцингер А. Г., Чжао А. В., Ивашкин В. Т., Маевская М. В. и соавт. Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Анализы хирургической гепатологии. 2013. Т. 18. № 3. С. 110–129.
- Shersinger A. G., Zhao A. V., Ivashkin V. T., Maevskaya M. V. et al. Treatment of bleedings from varicose veins of the esophagus and stomach. *Annals of HPB surgery*. 2013. T. 18 (3): 110–129.
- Puente A., Hernandez-Gea V., Graupera I., Roque M., Colomo A., Poca M., et al. Drugs plus ligation to prevent rebleeding in cirrhosis: An updated systematic review. *Liver Int*. 2014; 34 (6): 823–33. DOI: 10.1111/liv.12452.

Статья поступила / Received 07.11.22
 Получена после рецензирования / Revised 09.12.22
 Принята в печать / Accepted 16.12.22

About authors

Ledeneva Ekaterina M., resident of Dept of Therapy, Clinical Pharmacology and Emergency Medicine. E-mail: docled@yandex.ru

Vertkin Arkady L., DM Sci (habil.), professor, honored scientist of the Russian Federation, head of Dept of Therapy, Clinical Pharmacology and Emergency Medicine. E-mail: kafedrakt@mail.ru. eLibrary SPIN: 9605–9117. ORCID: 0000–0001–8975–8608

Sediakina Iuliia V., PhD Med, associate professor at Dept of Therapy, Clinical Pharmacology and Emergency Medicine. E-mail: sedyakiniayulia@gmail.com

Burakova Natalia A., resident of Dept of Therapy, Clinical Pharmacology and Emergency Medicine. E-mail: natalyaburakova97@gmail.com

Shamulova Marina M., DM Sci (habil.), professor at Dept of Therapy, Clinical Pharmacology and Emergency Medicine. E-mail: kafedrakt@mail.ru. eLibrary SPIN: 7201–2830

Kurdjjeva Svetlana S., assistant at Dept of Therapy, Clinical Pharmacology and Emergency Medicine. E-mail: kafedrakt@mail.ru

Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

Corresponding author: Ledeneva Ekaterina M. E-mail: docled@yandex.ru

For citation: Ledeneva E. M., Vertkin A. L., Sediakina Yu. V., Burakova N. A., Shamulova M. M., Kurdjjeva S. S. Management of patients with liver cirrhosis at outpatient stage: How not to miss it? *Medical alphabet*. 2022; (35): 14–18. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2022-35-14-18>.

