

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СТАНДАРТЫ

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ; ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Подготовили к публикации:
докт. мед. наук, профессор Лазебник Л. Б.,
докт. мед. наук Фирсова Л. Д.

Алкогольная болезнь — системное поражение организма человека, возникшее в результате токсического действия алкоголя при злоупотреблении спиртными напитками. Ведущими составляющими алкогольной болезни являются психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (шифр по МКБ-10: F 10), а также алкогольная болезнь печени, включающая стеатоз печени (шифр по МКБ-10: K 70.0.), хронический гепатит (шифр по МКБ-10: K 70.1) и цирроз печени (шифр по МКБ-10: K 70.3).

Стеатоз печени — симптомокомплекс клинико-биохимических признаков, возникающих вследствие жировой инфильтрации гепатоцитов. При этом отмечается диффузное увеличение печени, при котором более 5% массы органа составляет жир, преимущественно в виде триглицеридов.

Хронический гепатит — симптомокомплекс клинико-биохимических признаков, возникающих вследствие воспалительной инфильтрации и некроза гепатоцитов и сохраняющихся без улучшения в течение 6 месяцев и более.

Цирроз печени — симптомокомплекс клинико-биохимических признаков, развивающихся вследствие прогрессирующего диффузного поражения печени в виде нарушения ее нормальной архитектоники с образованием соединительнотканых септ и ложных долек, а также появления портальной гипертензии.

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя — хроническое прогрессивное заболевание, обусловленное систематическим употреблением спиртных напитков и проявляющееся патологическим влечением к алкоголю, формированием абстинентного синдрома, стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией.

Стадия I.

Характеризуется возникновением психической зависимости от алкоголя с тягой к состоянию опьянения, снижением количественного контроля (передозировка принятого напитка), повышением толерантности (переносимости) к алкоголю, исчезновением рвотного рефлекса при превышении привычной для данного человека дозы алкоголя.

Стадия II.

Основным признаком является развитие абстинентного (похмельного) синдрома с необходимостью повторного приема алкоголя для его купирования. Кроме того, признаками II стадии являются непреодолимое (компульсивное) влечение к алкоголю, продолжающееся нарастание толерантности к алкоголю, утрата не только количественного, но и ситуационного контроля, появление соматоневрологических нарушений (алкогольной полинейропатии) и алкогольных психозов.

Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены алкоголя) — симптомокомплекс нарушений, возникающий у больного психическими и поведенческими расстройствами, при прекращении приема алкоголя или резком снижении доз алкоголя. Абстинентный синдром может проявляться вегетативно-соматическими (общая слабость, нарушения сна, снижение аппетита, потливость, тремор рук, тахикардия, повышение АД), неврологическими (признаки полинейропатии) и психопатологическими нарушениями (сниженный фон настроения, тревога, страхи, нестойкие идеи отношения и обвинения, вспышки раздражения, проявления злобы и недовольства). Признаки абстиненции зависят от индивидуальных соматических и психических особенностей больного. Прием спиртного (опохмеление) временно устраняет или смягчает тяжесть состояния.

На этой стадии появляются и со временем становятся отчетливыми признаки алкогольной деградации личности.

Стадия III.

Характеризуется значительным ухудшением соматического состояния вследствие алкогольного поражения внутренних органов. Ярким проявлением являются выраженные неврологические расстройства, которые доходят в абстиненции до появления эпилептиформных припадков и алкогольных психозов. Существенным признаком является снижение толерантности к алкоголю. В этой стадии усиливаются черты деградации личности, что приводит к профессиональной и социальной дезадаптации.

1. СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ

1.1. ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ (АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП)

При наличии жалоб на слабость, тяжесть и дискомфорт в области правого подреберья, а также выявлении гепатомегалии при пальпации живота терапевт назначает следующее обследование:

Методы обследования:

Клинический анализ крови	Однократно
АЛТ, АСТ, билирубин, ГГТП, ЩФ	Однократно
Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, Ат HCV)	Однократно
Общий анализ мочи	Однократно
УЗИ брюшной полости	Однократно

Диагноз стеатоза печени при наличии гепатомегалии ставится в следующих ситуациях:

- при наличии УЗИ — признаков стеатоза печени;
- при отсутствии HBsAg и антител к HCV;
- при отсутствии изменений печеночных проб по данным биохимического анализа крови (за исключением незначительного повышения ГГТП).

Для уточнения диагноза больной консультируется гастроэнтерологом поликлиники.

Амбулаторное лечение:

- рекомендация исключения алкоголя;
- диета с ограничением жирной и жареной пищи;
- гепатопротекторы: эссенциальные фосфолипиды, метадоксил, адеметионин, карсил.

Для проведения дифференциального диагноза с хроническим гепатитом возможна плановая госпитализация в ЦНИИГ или гастроэнтерологическое отделение многопрофильного стационара.

1.2. СТАЦИОНАРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

Обязательные лабораторные исследования:

Клинический анализ крови	Однократно
АЛТ, АСТ, билирубин, ГГТП, ЩФ	Однократно
Холестерин крови	Однократно
Иммуноглобулины крови	Однократно
Кровь на маркеры вирусов гепатита В и С	Однократно
Глюкоза крови	Однократно
Общий анализ мочи	Однократно
Группа крови, резус-фактор	Однократно
Кровь на ВИЧ, RW	Однократно
Копрограмма	Однократно

Обязательные инструментальные исследования:

УЗИ печени, желчного пузыря, селезенки, поджелудочной железы	Однократно
Чрескожная биопсия печени	Однократно
ЭКГ	Однократно
Рентгенологическое исследование грудной клетки	Однократно
Эзофагогастроуденоскопия	Однократно

Дополнительные лабораторные исследования (по показаниям):

Липиды крови
Церулоплазмин и медь крови

ЛЕЧЕНИЕ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ:

- отказ от приема алкоголя;
- соблюдение диеты;
- гепатопротекторы: эссенциальные фосфолипиды, метадоксил, адеметионин, карсил.

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Проводится под наблюдением психиатра-нарколога. В зависимости от стадии психических и поведенческих расстройств, а также индивидуальных особенностей больного назначаются препараты следующих групп:

- Ноотропы: пирацетам, ноотропил.
- Транквилизаторы и снотворные: феназепам, диазепам, реланиум, седуксен, реладорм, клоназепам, тазепам.
- Антидепрессанты (паксил, леривон) по показаниям.
- Витмины (аскорбиновая кислота, аскорутин, липоевая кислота).
- Аминокислоты: аминолон, пантогам.

Ввиду возможного негативного влияния на печень назначение препаратов данных групп согласуется с гепатологом или терапевтом.

Немедикаментозные методы:

- физиотерапия (ЛЭНАР — электротранквилизация);
- иглорефлексотерапия (ИРТ);
- психотерапия с целью формирования мотивации к отказу от алкоголя. Больному предлагается лечение у нарколога по месту жительства или консультация в МНПЦН.

Если больной поступает в ЦНИИГ или терапевтическое отделение стационара в фазе поддер-



живающего лечения психических и поведенческих расстройств (после курса лечения в МНПЦН), к лечению стеатоза печени добавляются препараты, рекомендуемые на данном этапе лечения психических и поведенческих расстройств:

- средства подавления патологического влечения к алкоголю: антиконвульсанты (карбамазепин, финлепсин), нейролептики (сонапакс, неупелтил, хлорпротиксен);
- сенсибилизирующие к алкоголю средства: метронидазол, дисульфирам, фурадонин;
- антидепрессанты (амитриптилин, коаксил, паксил, леривон).

Длительность обследования и лечения в стационаре — 14 дней.

Требования к результатам лечения: улучшение самочувствия, формирование мотивации к отказу от употребления алкоголя, закрепление установки на лечение психических и поведенческих расстройств.

Вследствие отказа от приема алкоголя у больных со 2-й и 3-й степенью психических и поведенческих расстройств во время пребывания больного в стационаре может развиваться абстинентный синдром. Выделяют три стадии выраженности абстинентного синдрома (легкую, среднюю и тяжелую), что требует дифференцированного подхода к лечению больных. В связи с этим при развитии симптоматики абстинентного синдрома больной переводится в наркологический стационар.

1.3. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП (ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА)

Под наблюдением гастроэнтеролога (терапевта) поликлиники продолжается терапия гепатопротекторами, начатая в стационаре. Продолжительность лечения до 3 месяцев.

Диспансерное наблюдение проводят гастроэнтеролог (или терапевт) и психиатр-нарколог.

Объем обследования:

- оценка общего состояния;
- клинический и биохимический анализ крови — 1 раз в 3 мес;
- УЗИ печени — 1 раз в 12 мес;
- ЭГДС — 1 раз в 12 мес.

При возобновлении клинической симптоматики или появлении биохимической активности больной может быть повторно госпитализирован в ЦНИИГ или терапевтическое/гастроэнтерологическое отделение многопрофильного стационара.

2. ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ

2.1. ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ (АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП)

При наличии жалоб на слабость, снижение аппетита, тошноту, дискомфорт и боли в области правого

подреберья, нарушение ритма сна и бодрствования, повышение температуры тела, потерю массы тела; а также выявлении признаков диффузного поражения печени (желтуха, «малые» печеночные знаки, гепатомегалия) терапевт назначает следующее обследование:

Клинический анализ крови	Однократно
АЛТ, АСТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, альбумины, гамма-глобулины	Однократно
Протромбин	Однократно
Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, Ат HCV)	Однократно
Группа крови и резус-фактор	Однократно
Общий анализ мочи	Однократно
УЗИ брюшной полости	Однократно

С учетом изменений в биохимическом анализе крови выделяют неактивный хронический гепатит (уровень аминотрансфераз в пределах нормы) и активный хронический гепатит различной степени активности:

- хронический гепатит минимальной степени активности (уровень аминотрансфераз не превышает 5 норм);
- хронический гепатит умеренной степени активности (уровень аминотрансфераз 5–10 норм);
- хронический гепатит высокой степени активности (уровень аминотрансфераз выше 10 норм).

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Неактивный хронический гепатит — лечение проводится в амбулаторных условиях:

- исключение приема алкоголя;
- соблюдение диеты;
- гепатопротекторы: эссенциальные фосфолипиды, метадоксил, карсил, адеметионин;
- витамины (B₁, B₆, B₁₂, фолиевая кислота);
- антиоксиданты (витамин E).

Активный хронический гепатит: больные госпитализируются в ЦНИИГ или терапевтическое/гастроэнтерологическое отделение многопрофильного стационара. При отказе от приема алкоголя в период пребывания в стационаре у больных со 2-й или 3-й стадией психических и поведенческих расстройств может развиваться абстинентный синдром. При развитии симптоматики абстинентного синдрома больной консультируется психиатром-наркологом и при необходимости переводится в наркологический стационар.

2.2. СТАЦИОНАРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

Обязательные лабораторные обследования:

Клинический анализ крови	Двукратно
АЛТ, АСТ, билирубин, ГГТП, ЩФ, альбумины, гамма-глобулины	Двукратно
Холестерин крови	Однократно
Протромбин	Однократно
Иммуноглобулины крови	Однократно
Кровь на маркеры вирусов гепатита В и С	Однократно
Глюкоза крови	Однократно
Общий анализ мочи	Однократно
Группа крови, резус-фактор	Однократно
Кровь на ВИЧ, RW	Однократно
Копрограмма	Однократно

Обязательные инструментальные исследования:

УЗИ печени, желчного пузыря, селезенки, поджелудочной железы	Однократно
Чрескожная биопсия печени	Однократно
ЭКГ	Однократно
Рентгенологическое исследование грудной клетки	Однократно
Эзофагогастродуоденоскопия	Однократно

Дополнительные лабораторные исследования (по показаниям):

Липиды крови
Сывороточные аутоантитела
Церулоплазмин и медь крови
Сывороточное железо, ферритин
Амилаза крови

Дополнительные инструментальные исследования (по показаниям):

Эхокардиография

ЛЕЧЕНИЕ АКТИВНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Хронический гепатит минимальной и умеренной активности:

- отказ от приема алкоголя;
- диета;
- гепатопротекторы: эссенциальные фосфолипиды, метадоксил, адеметионин, карсил);
- витамины (В₁, В₆, В₁₂, фолиевая кислота);
- антиоксиданты (витамин Е);

- при наличии холестаза — препараты УДХК.

Хронический гепатит высокой степени активности:

- отказ от приема алкоголя;
- диета;
- гепатопротекторы (эссенциальные фосфолипиды, метадоксил, адеметионин, карсил);
- витамины (В₁, В₆, В₁₂, фолиевая кислота);
- антиоксиданты (Е);
- при наличии холестаза — препараты УДХК;
- кортикостероиды (метипред).

Коррекция лечения в зависимости от заключения психиатра-нарколога:

- ноотропы: пирацетам, ноотропил;
- транквилизаторы и снотворные: феназепам, диазепам, реланиум, седуксен, реладорм, клоназепам, тазепам;
- антидепрессанты (паксил, леривон) по показаниям;
- витамины: аскорбиновая кислота, аскорутин, липоевая кислота;
- аминокислоты: аминолон, пантогам.

Ввиду возможного негативного влияния на печень назначение препаратов данных групп согласуется с гепатологом или терапевтом.

Немедикаментозные методы:

- физиотерапия (ЛЭНАР — электротранквилизация);
- иглорефлексотерапия (ИРТ);
- психотерапия с целью формирования мотивации к отказу от алкоголя.

В случае, когда больной поступает в ЦНИИГ или терапевтическое/гастроэнтерологическое отделение стационара в фазе поддерживающего лечения психических и поведенческих расстройств, связанных с приемом алкоголя (после курса лечения в МНПЦН), к лечению хронического гепатита добавляются препараты, рекомендуемые на данном этапе лечения:

- средства подавления патологического влечения к алкоголю: антиконвульсанты (карбамазепин, финлепсин), нейролептики (сонапакс, неулептил, хлорпротиксен);
- сенсибилизирующие к алкоголю средства: метронидазол, дисульфирам, фурадонин;
- антидепрессанты (амитриптилин, коаксил, паксил, леривон).

Длительность лечения в гастроэнтерологическом стационаре — 30 дней.



Требования к результатам лечения: улучшение функционального состояния печени, уменьшение размеров печени, уменьшение степени выраженности астенических, диссомнических, сенестопатических расстройств, восстановление работоспособности, закрепление установки на отказ от употребления алкоголя и дальнейшее лечение психических и поведенческих расстройств.

2.3. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП (ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА)

Под наблюдением гастроэнтеролога (терапевта) поликлиники продолжается терапия, начатая в стационаре (общей продолжительностью до 3 месяцев). В последующем в течение года проводятся два-три курса лечения продолжительностью 2 месяца: эссенциальные фосфолипиды, метадоксил, адеметионин, карсил; при наличии холестаза — препараты УДХК.

Диспансерное наблюдение проводят гастроэнтеролог (или терапевт) и психиатр-нарколог. При необходимости больной наблюдается совместно со специалистами (кардиологом, эндокринологом).

Объем обследования:

- оценка общего состояния;
- контрольное клиническое и биохимическое обследование крови — 1 раз в 3 мес;
- УЗИ печени — 1 раз в 12 мес;
- ЭГДС — 1 раз в 12 мес.

При возобновлении клинической симптоматики или нарастании биохимической активности больной может быть повторно госпитализирован в ЦНИИГ, гастроэнтерологическое отделение многопрофильного стационара или МНПЦН (выбор стационара зависит от степени выраженности психических и поведенческих расстройств).

3. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

КЛАССИФИКАЦИЯ

а) Цирроз печени компенсированный:

Класс А по Чайлд-Пью — 5–6 баллов: билирубин < 2 мг%, альбумин > 3,5 г%, протромбиновый индекс > 80, отсутствуют печеночная энцефалопатия и асцит.

б) Цирроз печени субкомпенсированный:

Класс В по Чайлд-Пью — 7 — баллов: билирубин 2–3 мг%, альбумин 2,8–3,4 г%, протромбиновый индекс 60–79, печеночная энцефалопатия I — II ст., асцит небольшой, транзиторный.

в) Цирроз печени декомпенсированный:

Класс С по Чайлд-Пью более 9 баллов: билирубин > 3 мг%, альбумин 2,7 г% и менее, протромбиновый индекс < 60 и менее, печеночная энцефалопатия III — IV ст., асцит большой, торпидный.

3.1. ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ (АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП)

При первичном обращении осмотр проводит терапевт, при подозрении на цирроз печени алкогольной этиологии больной направляется к гастроэнтерологу.

В клинической картине отмечаются нарастающая слабость, отсутствие аппетита, боли в правом подреберье, разнообразные диспепсические явления, связанные с токсическим действием алкоголя на желудочно-кишечный тракт. При объективном обследовании выявляются желтуха, снижение массы тела, атрофия скелетной мускулатуры, кожные телеангиэктазии, подкожные кровоизлияния, отеки голеней, асцит, выраженная гепатомегалия, спленомегалия, расширение вен передней брюшной стенки, геморрой, кровоточивость слизистой оболочки носа, гинекомастия, гипертрофия околоушных слюнных желез, атрофия яичек, признаки периферической невропатии, алкогольной кардиомиопатии (кардиомегалия, кардиалгия, нарушения сердечного ритма, сердечная недостаточность).

При подозрении на цирроз печени больной должен быть госпитализирован для уточнения диагноза и стадии заболевания, а также подбора адекватной терапии. Больной госпитализируется в ЦНИИГ, терапевтическое/гастроэнтерологическое отделение многопрофильной больницы или (при наличии психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя) в МНПЦН.

3.2. СТАЦИОНАРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

Обязательные лабораторные исследования:

Клинический анализ крови	Двукратно
АЛТ, АСТ, билирубин, ГГТП, ЩФ	Двукратно
Холестерин крови	Однократно
Коагулограмма	Однократно
Иммуноглобулины крови	Однократно
Кровь на маркеры вирусов гепатита В и С	Однократно
Сывороточное железо	Однократно
Ферритин	Однократно
Глюкоза крови	Однократно
Амилаза крови	Однократно
Остаточный азот	Однократно
Мочевина, креатинин	Однократно
Альфа-фетопrotein	Однократно
Проба Реберга	Однократно
Группа крови, резус-фактор	Однократно
Кровь на ВИЧ, RW	Однократно
Общий анализ мочи	Однократно
Копрограмма	Однократно

Обязательные инструментальные исследования:

УЗИ печени, желчного пузыря, селезенки, поджелудочной железы	Однократно
УЗДГ	Однократно
Чрескожная биопсия печени	Однократно
Эзофагогастродуоденоскопия	Однократно
Ректороманоскопия	Однократно
Рентгенологическое исследование органов грудной клетки	Однократно
ЭКГ	Однократно

Дополнительные лабораторные исследования (по показаниям):

Липиды крови
Сывороточные аутоантитела
Церулоплазмин и медь крови

Дополнительные инструментальные исследования (по показаниям):

Эхокардиография

Консультации специалистов:

По показаниям: окулист, хирург, гинеколог, уролог, эндокринолог.

ЛЕЧЕНИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Отказ от приема алкоголя, соблюдение диеты

Патогенетическая терапия:

- гепатопротекторы: эссенциальные фосфолипиды, метадоксил, адеметионин, карсил;
- витамины группы В и С, фолиевая кислота;
- метаболические препараты (орнитин — аспарат);
- при холестазах — препараты УДХК.

Лечение осложнений цирроза печени:

- при наличии признаков печеночной энцефалопатии: ограничение белка, инфузионная терапия (глюкоза, витамины, орнитин — аспарат), слабительные препараты (лактолоза);
- при развитии отечно-асцитического синдрома: ограничение потребления натрия (не более 5г/сутки), ограничение приема жидкости (1200–1300 мл/сутки), альбумин, спиронолактон, петлевые диуретики, по показаниям — парцентез;
- при наличии гепаторенального синдрома: раствор альбумина;
- при развитии спонтанного бактериального перитонита назначаются антибактериальные препараты (цефотаксим, цефтриаксон или амоксициллин-клавуланат), для нормализации онкотического давления — раствор альбумина.

В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения проводится консультация хирургом для определения показаний для оперативного лечения портальной гипертензии; консультация трансплантологом.

По рекомендации нарколога к лечению цирроза печени класса А по Чайлд-Пью могут быть добавлены:

- ноотропы: пирацетам, ноотропил;
- транквилизаторы: феназепам, диазепам, реланиум, седуксен, реладорм, клоназепам, тазепам;
- антидепрессанты (паксил, леривон) по показаниям;
- витамины: аскорбиновая кислота, аскорутин, липоевая кислота;
- аминокислоты: аминолон, пантогам.

Больным циррозом печени класса В и С по Чайлд-Пью назначение транквилизаторов и антидепрессантов противопоказано.

В случае, когда больной поступает в соматическое отделение после курса лечения в наркологическом стационаре (на этапе поддерживающего лечения психических и поведенческих расстройств), к лечению цирроза печени добавляются следующие препараты:

- средства подавления патологического влечения к алкоголю: антиконвульсанты (карбамазепин, финлепсин), нейролептики (сонапакс, неулептил, хлорпротиксен);
- сенсibiliзирующие к алкоголю средства: метронидазол, дисульфирам, фурадонин;
- антидепрессанты (амитриптилин, коаксил, паксил, леривон).

Длительность лечения — 30 дней.

Требования к результатам лечения: улучшение общего состояния, уменьшение выраженности астенических, диссомнических, вегетативных нарушений, улучшение функционального состояния печени по биохимическим показателям.

3.3. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП (ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА)

Продолжение лекарственной терапии, начатой в стационаре, под наблюдением гастроэнтеролога и психиатра-нарколога.

Последующее диспансерное наблюдение осуществляет гастроэнтеролог (при циррозе печени класса А по Чайлд-Пью 1 раз в 6 мес, при циррозе печени класса В и С — 1 раз в 3 мес).



Объем обследования:

- оценка общего состояния;
- контрольный клинический и биохимический анализы крови — 1 раз в 3 мес;
- УЗИ печени — 1 раз в 12 мес;
- ЭГДС — 1 раз в 12 мес.

При нарастании астенического и болевого синдромов, а также ухудшении биохимических показателей крови больной повторно госпитализируется в ЦНИИ гастроэнтерологии или терапевтическое отделение стационара; при усугублении призна-

ков психических и поведенческих расстройств — в МНПЦН.

Показания к экстренной госпитализации:

1. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (госпитализация в хирургическое отделение).

2. Отечно-асцитический синдром (напряженный асцит) и нарастание признаков печеночно-клеточной недостаточности — госпитализация в отделение хронических заболеваний печени ЦНИИГ или терапевтическое отделение многопрофильного стационара.