Цирроз и фиброз печени

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K72, K74.0, K74.1, K74.2, K74.4, K74.5, K74.6, K76.7 · Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Российское общество по изучению печени

Цирроз печени — финальная стадия большинства хронических диффузных заболеваний печени с фиброзом, перестройкой архитектоники и образованием узлов. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, оценке компенсации и тяжести, лечению осложнений, профилактике декомпенсации и своевременному направлению на трансплантацию.

Главное

- ЦП проходит фазы компенсации и декомпенсации. К декомпенсации относят асцит, варикозное кровотечение, печеночную энцефалопатию, ГРС-ОПП, легочные и инфекционные осложнения, а также саркопению; рекомпенсация означает отсутствие признаков декомпенсации и нормальные печеночные тесты не менее 12 месяцев.
- Продвинутое хроническое заболевание печени вероятно при жесткости печени 10–15 кПа по транзиентной эластографии и высоко вероятно при значении более 15 кПа. Клинически значимая портальная гипертензия соответствует печеночному венозному градиенту давления более 10 мм рт. ст.
- Тяжесть ЦП оценивают по Child–Turcotte–Pugh и MELD; для очередности трансплантации используют также MELD-Na. У пациентов с терминальной стадией и частыми декомпенсациями MELD следует пересчитывать регулярно.
- При ЦП и асците инфекцию исключают не только по симптомам: СБП диагностируют при количестве нейтрофилов в асцитической жидкости не менее 250/мм³ независимо от результата посева. Асцитический парацентез нужен при впервые возникшем асците и при подозрении на его инфицирование.
- Явную ПЭ диагностируют по критериям West Haven; при диагностически неясной энцефалопатии проводят консультацию невролога и исследование аммиака. Провоцирующие факторы ПЭ включают инфекции, желудочно-кишечные кровотечения, запор, дегидратацию, гипонатриемию, гипокалиемию, неконтролируемое использование диуретиков, употребление алкоголя, прием производных бензодиазепина и избыточное употребление белка.
- Пациентам с ЦП любой этиологии на любой стадии, кроме находящихся в листе ожидания трансплантации, дважды в год проводят скрининг ГЦР: УЗИ органов брюшной полости и анализ крови на АФП. Эндоскопический контроль проводят каждые 1–3 года в зависимости от стадии ЦП, наличия варикозных вен и продолжающегося воздействия этиологического фактора.
- Резистентный асцит, ГРС-ОПП, рефрактерный гидроторакс, ГПС с PaO2 менее 60 мм рт. ст., рецидивирующая ПЭ или кровотечения — основания для раннего обсуждения трансплантации даже при MELD менее 15. При тяжелом нарушении функции печени показание к ТП возникает при MELD-Na не менее 15.

Диагностика

1. Оценить жалобы, анамнез, факторы риска и вероятную этиологию: вирусные гепатиты, алкоголь, метаболические и наследственные болезни, холестатические и аутоиммунные заболевания, лекарственные и токсические воздействия.
2. Выполнить общий анализ крови, биохимический анализ с оценкой альбумина, билирубина, креатинина, трансаминаз, щелочной фосфатазы, ГГТ и глюкозы, коагулограмму и общий анализ мочи. При тяжелой тромбоцитопении менее 50 × 10⁹/л повторить исследование уровня тромбоцитов в пробирке с цитратом натрия для исключения псевдотромбоцитопении.
3. Уточнить этиологию при неизвестной причине ЦП: исследовать HBsAg, антитела к HCV, антитела к вирусу гепатита D, белковые фракции, иммуноглобулины, ферритин, насыщение трансферрина железом и церулоплазмин.
4. Провести комплексное УЗИ органов брюшной полости, при возможности с допплерографией печеночных и воротной вен. Признаками портальной гипертензии служат расширение воротной вены до 13 мм и более, снижение или реверсивный кровоток, коллатерали и спленомегалия.

5. Оценить жесткость печени по транзиентной эластографии: 10–15 кПа делает cACLD вероятным, более 15 кПа — высоко вероятным; результат может быть завышен при асците, высоких трансаминазах, исследовании не натощак и недостаточном опыте оператора.
6. Выполнить ЭГДС для оценки варикозных вен пищевода и желудка, пятен васкулопатии как стигм высокого риска кровотечения.
7. При подозрении на скрытую ПЭ использовать психометрические тесты или тест «назови животных»: более 15 животных за 60 секунд — признаков ПЭ нет, 10–15 — легкая ПЭ, менее 10 — более выраженная ПЭ. При неясном нарушении сознания нужны консультация невролога и исследование аммиака.

Лечение

- Пациентам с ЦП любой этиологии, клиническими признаками саркопении и недостаточности питания без ожирения обеспечить 30–35 ккал/кг/сут с поправкой массы тела на отеки и асцит и белок 1,2–1,5 г/кг/сут, распределяя приемы пищи с интервалами не более 3–4 часов.
- При асците 2-й степени ограничить натрий до 80 ммоль/сут, или 2 г натрия, что соответствует 5 г соли. При впервые возникшем асците начать спиронолактон с 100 мг/сут и при отсутствии ответа увеличивать до 400 мг/сут; при неэффективности или гиперкалиемии добавить фуросемид с 40 мг/сут либо торасемид с 5 мг/сут. Целевое снижение массы — до 0,5 кг/сут без отеков и до 1 кг/сут при периферических отеках.
- При напряженном асците выполнить лечебный парацентез. Если удалено более 5 л, ввести 20–25% раствор альбумина из расчета 8 г на каждый удаленный литр, но не более 100 г за процедуру; жидкость желательно эвакуировать одномоментно в течение 1–4 часов, а диуретики в день процедуры отменить.
- При варикозном кровотечении госпитализировать пациента в ОРИТ, начать вазоактивную терапию до ЭГДС: терлипрессин 2 мг внутривенно каждые 4 часа первые 48 часов, затем 1 мг каждые 4–6 часов, либо октреотид болюсно 50 мкг с последующей инфузией 25–50 мкг/ч. Немедленно назначить цефтриаксон 1 г/сут на 7 суток; целевой гемоглобин после трансфузии — 7–9 г/дл.
- При явной ПЭ устранить провоцирующий фактор и назначить лактулозу, обычно начиная с 15–30 мл каждые 12 часов, с подбором дозы до 2–3 опорожнений кишечника в сутки. При ПЭ II–III стадии применять рифаксимин 1100 мг/сут; при ПЭ II–IV стадии возможен орнитин 9–18 г/сут внутрь или 20 г/сут внутривенно.
- При инфицированном асците немедленно начать внутривенную эмпирическую антибиотикотерапию с учетом места возникновения инфекции и локальной резистентности. При внебольничной инфекции с низким риском устойчивости применяют цефотаксим 2 г каждые 12 часов или цефтриаксон 2 г 1 раз в сутки 5–7 дней; альбумин вводят по 1,5 г/кг, но не более 100 г, в день постановки диагноза и 1 г/кг на 3-й день.
- При ГРС-ОПП сначала оценить волемический статус и устранить триггер. Терапия первой линии — терлипрессин внутривенно с начальной дозы 0,5 мг каждые 4–6 часов с постепенным увеличением до 1 мг каждые 4–6 часов либо непрерывно с 2 мг/сут в сочетании с альбумином 1 г/кг, максимум 100 г/сут; креатинин контролировать каждые 48–72 часа.
- При противопоказаниях или недоступности терлипрессина использовать норэпинефрин в начальной дозе 0,5 мг/ч с повышением до максимальных 3 мг/ч в сочетании с альбумином 1 г/кг, максимум 100 г/сут; креатинин контролировать каждые 48–72 часа.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при желтухе, явной ПЭ со 2-й стадии, впервые возникшем или неконтролируемом асците, напряженном асците, отеках, подозрении на кровотечение, олигурии или анурии, подозрении на инфекцию, усилении одышки или признаках поражения почек.
- При признаках острого кровотечения из верхних отделов ЖКТ необходимы срочная консультация анестезиолога-реаниматолога и перевод или госпитализация в ОРИТ для мониторинга жизненно важных функций.
- Направлять на консультацию по трансплантации при MELD-Na не менее 15, а также при рефрактерном асците или гидротораксе, рецидивирующей ПЭ или варикозных кровотечениях, ГРС-ОПП, инфицированном асците и ГПС с PaO2 менее 60 мм рт. ст.
- Пациента с тромбозом воротной вены любой распространенности следует направлять к специалисту, занимающемуся трансплантацией печени, поскольку возможность ТП определяется анатомическими особенностями и опытом центра.

Частые вопросы

Как подтвердить или исключить спонтанный бактериальный перитонит?

Выполнить диагностический парацентез и подсчитать нейтрофилы. СБП диагностируют при их количестве не менее 250/мм³ независимо от положительного или отрицательного посева; при подозрении на инфекцию материал нужно сразу направить на бактериологическое исследование.

Когда асцит считают резистентным?

После интенсивной терапии максимальными дозами спиронолактона 400 мг/сут и фуросемида 160 мг/сут в течение недели на фоне ограничения соли до 5 г/сут, если масса снижается менее чем на 0,8 кг за 4 дня. Критериями также служат ранний рецидив асцита и осложнения диуретиков, включая гипонатриемию менее 130 ммоль/л или гипокалиемию менее 3,5 ммоль/л.

Нужно ли ограничивать белок при печеночной энцефалопатии?

Рутинный длительный дефицит белка нежелателен: обычно целевой уровень составляет 1,2–1,5 г/кг/сут. При ПЭ 2–3-й стадии его временно ограничивают до 60 г/сут, а после купирования энцефалопатии возвращаются к 80–100 г/сут, или 1,2–1,5 г/кг.

Как проводить первичную профилактику варикозного кровотечения?

При наличии варикозных вен применяют неселективный бета-адреноблокатор или карведилол, начиная с 6,25 мг/сут и повышая до 12,5 мг, при необходимости до 25 мг, с учетом гемодинамики и переносимости. При противопоказаниях, непереносимости или неэффективности проводят эндоскопическое лигирование; при декомпенсированном ЦП с ВВ 2-й–3-й степени или красными маркерами комбинируют оба метода.

Когда пациента с ЦП следует направлять на трансплантацию печени?

При тяжелом нарушении функции печени и MELD-Na не менее 15, а также при жизнеугрожающих осложнениях, не поддающихся коррекции: рефрактерном асците или гидротораксе, рецидивирующей ПЭ или кровотечениях, ГРС-ОПП, СБП и ГПС с PaO2 менее 60 мм рт. ст. Резистентный асцит является основанием рассматривать пациента кандидатом на ТП независимо от MELD.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/715-cirroz-i-fibroz-pecheni. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/715_2