

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-192-8-142-149>

Пациент-ориентированный подход к ведению больных с циррозом печени

Корочанская Н. В.^{1,2}, Дурлештер В. М.^{1,2}, Серикова С. Н.^{1,2}, Усова О. А.², Басенко М. А.^{1,2}, Сериков С. С.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ», Россия, Краснодар

² ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ Краснодарского края, Россия, Краснодар

Для цитирования: Корочанская Н. В., Дурлештер В. М., Серикова С. Н., Усова О. А., Басенко М. А., Сериков С. С. Пациент-ориентированный подход к ведению больных с циррозом печени. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;192(8): 142–149. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-192-8-142-149

✉ Для переписки:

**Корочанская
Наталья Всеволодовна**
nvk-gastro@mail.ru

Корочанская Наталья Всеволодовна, доктор медицинских наук, руководитель гастроэнтерологического центра; профессор кафедры хирургии № 3

Дурлештер Владимир Моисеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии № 3; заместитель главного врача по хирургии

Серикова Светлана Николаевна, доктор медицинских наук, заведующий гастроэнтерологическим центром СКАЛ; доцент кафедры хирургии № 3

Усова Ольга Анатольевна, врач гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения

Басенко Михаил Андреевич, клинический ординатор кафедры хирургии № 3

Сериков Станислав Сергеевич, студент

Резюме

Цель исследования: оптимизация медицинской помощи больным с циррозом печени (ЦП) на основании внедрения пациент-ориентированного подхода в реальную клиническую практику.

Материал и методы исследования. Проанализированы рецензии на 734 медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в поликлиниках и стационарах общего профиля (хирургия, терапия) и умерших от ЦП в 2015–2019 гг. в районах Краснодарского края. Обобщен опыт ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ Краснодарского края диспансерного наблюдения 845 пациентам с ЦП, подвергшихся миниинвазивным методам лечения.

Результаты. Был выявлен ряд ошибок в тактике ведения больных с ЦП в общеврачебной сети. Обобщен опыт диспансерного наблюдения и проведения школ для пациентов с ЦП.

Заключение. Диспансерное наблюдение больных с ЦП в многопрофильной клинике, имеющей опыт проведения миниинвазивных операций и трансплантации печени, посещение школ для пациентов способствует стабилизации и в ряде случаев улучшению течения заболевания.

Ключевые слова: цирроз печени, школы для пациентов, пациент-ориентированный подход

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-192-8-142-149>

Patient-oriented approach to management of patients with hepatic cirrhosis

N. V. Korochanskaya^{1,2}, V. M. Durlshter^{1,2}, S. N. Serikova^{1,2}, O. A. Usova², M. A. Bacenko^{1,2}, S. S. Serikov^{1,2}¹ FSBEI HE "Kuban state medical university MHC RF", Russia, Krasnodar² SBIHC "Region clinic hospital N 2" MHC of Krasnodar region, Russia, Krasnodar

For citation: Korochanskaya N. V., Durlshter V. M., Serikova S. N., Usova O. A., Bacenko M. A., Serikov S. S. Patient-oriented approach to management of patients with hepatic cirrhosis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;192(8): 142–149. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-192-8-142-149

Natalia V. Korochanskaya, doctor of Med.Sci. Head of gastroenterological centre, Professor of the Department of surgery Nr 3; ORCID: 0000-0002-5538-9419

✉ *Corresponding author:*
Nataliya V. Korochanskaya

nvk-gastro@mail.ru

Vladimir M. Durlshter, doctor of Med.Sci., Professor, Head of the Department of surgery Nr 3, Deputy director of Chief doctor in surgery; ORCID: 0000-0002-74200553

Svetlana N. Serikova, doctor of Med.Sci. Head of gastroenterological centre SCOT, Associate Professor of the Department of surgery Nr 3; ORCID: 0000-0003-2397-4839

Olga A. Usova, gastroenterologist of the Department of gastroenterology; ORCID: 0000-0002-1286-4952

Mikhail A. Bacenko, resident doctor of of the Department of surgery Nr 3; ORCID: 0000-0002-3286-030X

Stanislav S. Serikov, student; ORCID: 0000-0002-3180-7291

Summary

Aim of the study: Optimization of medical care to patients with liver cirrhosis (LC) based on using of patient-oriented approach in real clinic practice

Materials and methods: The reviews of 734 medical histories of patients treated in polyclinics and in-patient facilities of general specialization (surgery, therapy) and died from HL in 2015–2019 years in Krasnodar region were analyzed. The experience of regular medical check-up of 85 patients with LC who underwent mini-invasive surgeries was summarized.

Results: The number of mistakes in treatment tactics of patients with LC was revealed. The experience of regular medical check-up and schools for patients with LC was summarized.

Conclusion: Regular medical check-up of patients with LC in multi-disciplinary clinic with practice in mini-invasive surgeries and liver transplantation, attendance of schools for patients improves stabilization and in some cases treatment course of disease.

Keywords: Liver cirrhosis, schools for patients, patient-oriented approach

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Последние три десятилетия отмечены большими достижениями в тактике ведения, профилактике и лечении пациентов с циррозом печени (ЦП), которые отражены в современных национальных [1, 2] и международных [3–6] клинических рекомендациях. Приверженность данным рекомендациям может отсрочить развитие осложнений ЦП, повысить показатели качества жизни (КЖ) и способствовать увеличению продолжительности жизни этого сложного контингента больных. В частности, неоднократно было продемонстрировано, что неселективные β-адреноблокаторы и (или) лигирование варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) снижают риск варикозного пищеводно-желудочного кровотечения (ВПЖК) и смертности [7, 8]. Сходным

образом, включение пациентов с ЦП в программу скрининга гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) дает шанс выявить ГЦК на ранних стадиях и повышает курбельность заболевания [8]. Вместе с тем наш клинический опыт и данные литературы свидетельствуют о том, что даже в тех случаях, когда лечащий врач четко придерживается стандартов ведения данного заболевания [1–5], отсутствие адекватного обучения пациентов и его родственников правилам следования врачебным рекомендациям существенно ухудшает результаты лечения [9–13].

Цель исследования: оптимизация медицинской помощи больным с циррозом печени (ЦП) на основании внедрения пациент-ориентированного подхода в реальную клиническую практику.

Материал и методы исследования

Рецензированию подверглись 734 медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в поликлиниках и стационарах общего профиля (хирургия, терапия) и умерших от ЦП в 2015–2019 гг. в районах Краснодарского края.

Кроме того был проанализирован опыт оказания специализированной медицинской помощи больным ЦП в ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ Краснодарского края. За период с 2009 г. по 2019 г. хирургическая коррекция осложнений портальной гипертензии выполнена 845 пациентам с ЦП (эндоскопическое лигирование ВРВП у 832 и(или) трансъюлярное портосистемное шунтирование у 51 человека). Больные находились на диспансерном наблюдении в амбулаторной службе ГБУЗ ККБМ № 2, лечение ЦП осуществлялось в соответствии с национальными клиническими рекомендациями [1, 2].

Гастроэнтерологи поликлинической службы ГБУЗ ККБМ № 2 регулярно проводят школы для пациентов с ЦП и их родственников, на которых обсуждаются немедикаментозные и медикаментозные подходы к профилактике и лечению осложнений ЦП, показания к мининвазивным методам хирургического лечения. В 2017–2019 гг. школы для пациентов с ЦП регулярно посещали 64 человека, клиническая и демографическая характеристика которых представлена в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что школу для пациентов с ЦП посещали 26 мужчин и 38 женщин в возрасте от 42 до 57 лет, трое из них находились в листе ожидания трансплантации печени. Среди наших пациентов были люди с высшим (18,8%), средним (53,1%) и неоконченным средним образованием (28,1%). Среди лиц, посещающих школу, преобладали больные с ЦП класса А (48,4%) и В (40,6%) по Child Pughе. Посещение школы и усвоение знаний оказалось весьма затруднительным для лиц с декомпенсированным ЦП; 7 (10,9%) пациентов с ЦП класса С присутствовали на школе в сопровождении родственников. Этиология ЦП была преимущественно вирусной (45,3%) и смешанной (вирусной и алкогольной) (25,0%). Посещали школу для пациентов преимущественно лица без ПЭ (23,4%) и с минимальной ПЭ (45,3). У 48,4% больных был выявлен асцит разной степени выраженности и у 48,4% варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) и желудка, в том числе 11 человек наблюдались после лигирования ВРВП.

Приверженность пациентов врачебным рекомендациям оценивали с помощью валидизированного теста Мориски-Грина [14], состоящего из 4 вопросов. По результатам интерпретации теста больные были разделены на три группы: 1-я группа – комплаентные лица, ответившие «Нет» на все

Таблица 1.
Клиническая и демографическая характеристика лиц, посещающих школу для пациентов с циррозом печени (n=64)

Показатели на момент начала посещения школы	n (%)
Пол:	
• мужской	26 (40,6)
• женский	38 (59,4)
Средний возраст, годы, M±m	47,1±5,1
Образование:	
• высшее	12 (18,8)
• среднее	34 (53,1)
• среднее неоконченное	18 (28,1)
Степень тяжести цирроза печени по Child –Turcotte –Pugh	
• класс А	31 (48,4)
• класс В	26 (40,6)
• класс С	7 (10,9)
Этиология цирроза печени:	
• вирусная	29 (45,3)
• алкогольная	8 (12,5)
• смешанная (вирусная и алкогольная)	16 (25,0)
• аутоиммунная	9 (14,1)
• неуточненная	2 (3,1)
Печеночная энцефалопатия:	
• отсутствует	15 (23,4)
• минимальная (латентная)	29 (45,3)
• стадия 1 (легкая)	12 (18,8)
• стадия 2 (средняя)	8 (12,5)
Асцит:	
• отсутствует	33 (51,6)
• степени	15 (23,4)
• степень	9 (14,1)
• степень	5 (7,8)
• резистентный асцит	2 (3,1)
Варикозное расширение вен пищевода и желудка:	
• отсутствует	33 (51,5)
• степени	12 (18,8)
• степени	4 (6,3)
• степени	4 (6,3)
• после лигирования	11 (17,2)
Находились в листе ожидания трансплантации печени	3 (4,7)

Критерии оказания медицинской помощи	n	%
Диагноз был поставлен более чем за год до смерти	468	63,8
Диагноз был выставлен в течение года, предшествующего смерти	266	36,2
Состояли на диспансерном учете у терапевта	654	89,1
Состояли на диспансерном учете у нарколога	89	12,1
Состояли на диспансерном учете у инфекциониста	105	14,3
Проводился скрининг гепатоцеллюлярной карциномы	56	7,6
Была проведена оценка нутритивного статуса	97	13,2
Даны адекватные рекомендации по питанию	87	11,9
Даны адекватные рекомендации по физическим нагрузкам	54	7,4

Таблица 2.
Особенности диспансерного наблюдения больных ЦП (n=734)

Получали лечение в соответствии с национальными клиническими рекомендациями:	Соотношение получающих адекватное лечение ко всем нуждающимся в терапии	%
Асцита	408/506	80,6
ВРВП	201/343	58,6
Профилактика и лечение печеночной энцефалопатии	463/605	76,5
Профилактика, лечение, вторичная профилактика спонтанного бактериального перитонита	25/104	24,0

Таблица 3.
Критерии качества оказания медицинской помощи пациентам с циррозом печени (n=734)

вопросы; 2-я группа – люди, отнесенные к группе риска, которые ответили «Да» только на один из вопросов; 3-я группа – некомплаентные больные, ответившие «Да» на два вопроса и более.

Статистическую обработку проводили, используя программы MS Excel 10 и Wizard-Statistics

(США) с предварительной оценкой правильности математического распределения в соответствующих выборках (критерий Колмогорова). При оценке статистической значимости различий показателей в выборках пользовались критерием хи-квадрат.

Результаты исследования

Проведенный анализ выявил проблему, связанную с поздней диагностикой ЦП в реальной клинической практике. В общеврачебной сети у 266 пациентов (36,2%) диагноз ЦП был выставлен в течение года, предшествующего смерти пациента; медиана выживаемости в этой группе составила 2,5 месяца. С другой стороны, в той группе, в которой диагноз ЦП был выставлен более чем за год до смерти (468 (63,8%) пациентов), медиана выживаемости оказалась достоверно выше – 3,3 года ($p < 0,005$). На диспансерном учете у терапевтов состояли 654 (89,1%) пациента, в то время как наблюдались у наркологов только 89 (12,1%) человек, инфекционистов – 105 (14,3%) (таблица 2).

Был выявлен ряд ошибок в тактике ведения пациентов с ЦП: регулярный скрининг гепатоцеллюлярной карциномы проводился только у 56 (7,6%) человек, оценка нутритивного статуса осуществлялась у 97 (13,2%), получили рекомендации по питанию 87 (11,9%) человек и еще меньшему числу пациентов были даны адекватные рекомендации по физическим нагрузкам – 54 (7,4%) (таблица 2).

Анализ критериев качества оказания медицинской помощи больным ЦП в общей врачебной сети (поликлиника, терапевтические, хирургические отделения) продемонстрировал, что в соответствии с национальными клиническими рекомендациями [1] диагностика и лечение асцита были проведены у 80,6% пациентов, ВРВП – у 58,6%, профилактика и лечение печеночной энцефалопатии – у 76,5%, спонтанного бактериального перитонита – у 24,0% человек (таблица 3).

Выявленные ошибки в тактике ведения пациентов с ЦП привлекли внимание к необходимости активизации постдипломного обучения врачей гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов, эндоскопистов, широкого внедрения стандартов диагностики, профилактики и лечения осложнений цирроза печени в реальную клиническую практику и оптимизации применения миниинвазивных методов хирургического лечения печеночной и внепеченочной форм портальной гипертензии. За период с 2016 по 2019 гг сотрудниками кафедры хирургии № 3 ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ» и ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ Краснодарского края были проведены 16 обучающих мероприятий (краевые и кустовые научно-практических конференции, вебинары, экспертные советы), направленные на совершенствование профессиональных знаний и компетенций врача-гастроэнтеролога, хирурга и представителей смежных специальностей, необходимых для осуществления диагностической и лечебной деятельности при ведении пациентов с ЦП в амбулаторных и стационарных условиях.

Вместе с тем в ряде исследований было продемонстрировано, что недостаточная эффективность комплексного лечения пациентов с ЦП может быть связана с несоблюдением пациентами рекомендаций врача и отсутствием у больных и их родственников достоверных знаний о самом заболевании и методах его лечения [11–13]. Обучение пациентов и их родственников должно стать необходимой

Таблица 4.
Темы для школ для пациента с циррозом печени и круг обсуждаемых проблем

Медицинские советы	Методы мониторинга результатов
	Асцит
Приверженность терапии диуретиками	Если асцит хорошо контролируется – еженедельный контроль массы тела
Не досаливать пищу во время приготовления и потребления	При изменении дозы диуретиков и плохом контроле асцита – ежедневный контроль массы тела
Пища в местах общественного питания, как правило, содержит большое количество соли	Массу тела следует записывать, а не запоминать
Заменители соли содержат сопоставимое количество натрия	Не ограничивать введение жидкости, если на это нет особых указаний врача
Избегать применения нестероидных противовоспалительных препаратов и анальгетиков	У пациента с асцитом при возникновении лихорадки и (или) болей в животе – экстренная госпитализация
У лиц с высокой приверженностью лечению и прошедших обучение возможно достижение ограничения поступления натрия до 2000 мг в сутки	
	Печеночная энцефалопатия
Приверженность терапии лактулозой, рифаксимин	Советы родственникам и ухаживающим по мониторингу нарушений сознания пациентов, характера сна, личностных изменений
Отказ от употребления алкоголя	Титрование дозы лактулозы до достижения двух-трехкратного мягкого стула ежедневно; снижение дозы/ отмена при развитии диареи или выраженного вздутия
Избегать снотворные и психотропные препараты	Иррациональное поведение, утрата сознания – немедленная госпитализация
Отказаться от вождения машины	
При развитии психоэмоциональных нарушений необходим контроль родственников или ухаживающих приема лекарственных препаратов	
С прошедшими обучение пациентами возможно обсуждение вопросов накопления аммиака и других токсических веществ	
	Желтуха, кожный зуд
Антигистаминные препараты недостаточно эффективны	Контроль биохимических показателей крови по назначению врача
Гигиена кожных покровов	Острое или рецидивирующее пожелтение кожных покровов и видимых слизистых – необходима консультация врача
Нарушения питания	
Питаться часто, малыми порциями	Еженедельное взвешивание
Прием пищи на ночь	Ведение пищевого дневника
Использовать перекусы, обогащенные белками и углеводами	При необходимости консультация диетолога
При необходимости использовать средства для энтерального питания	
При необходимости применение противорвотных препаратов	
Отказ от алкоголя	
	Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
Приверженность терапии неселективными β-адреноблокаторами (при наличии показаний комбинировать с ингибиторами протонной помпы)	Регулярный эндоскопический контроль
С пациентами, прошедшими обучение, возможно обсуждение механизмов развития портальной гипертензии и варикозного расширения вен пищевода	Мониторинг показателей артериального давления, постуральных симптомов Контроль уровня гемоглобина и железа сыворотки крови
	При возникновении рвоты кровью или мелены – немедленная госпитализация

составляющей комплексной программы лечения, вести к установлению партнерских взаимоотношений между пациентом и врачом с постоянной проверкой и обновлением знаний. Цель подобной системы обучения – предоставление пациенту и его семье необходимой информации, обучение приемам управления заболеванием, снижение риска

развития осложнений, уменьшение частоты обращений за стационарным лечением [13].

В таблице 4 суммированы темы и круг обсуждаемых вопросов на школах для пациентов с ЦП: профилактика и лечение асцита, ПЭ, кровотечения из ВРВП; рекомендации по питанию и дозированной физической нагрузке.

Показатели, n(%)	В течение года до посещения школы для пациентов	В течение года посещения школы для пациентов	p
Степень тяжести цирроза печени по Child-Turcotte-Pugh			
• класс А	31 (48,4)	38 (59,4)	>0,05
• класс В	26 (40,6)	17 (26,6)	>0,05
• класс С	7 (10,9)	9 (14,1)	>0,05
Печеночная энцефалопатия:			
• отсутствует	15 (23,4)	27 (42,2)	<0,05
• минимальная (латентная)	29 (45,3)	21 (32,8)	>0,05
• стадия 1 (легкая)	12 (18,8)	5 (7,8)	>0,05
• стадия 2 (средняя)	8 (12,5)	11 (17,2)	>0,05
Асцит:			
• отсутствует	33 (51,6)	39 (60,9)	>0,05
• 1 степени	15 (23,4)	19 (29,7)	>0,05
• 2 степени	9 (14,1)	1 (1,6)	<0,05
• 3 степени	5 (7,8)	2 (3,1)	>0,05
• резистентный асцит	2 (3,1)	3 (4,7)	>0,05
Частота госпитализаций в стационар:			
• 1 раз в год	16 (25,0)	29 (45,3)	<0,05
• 2-3 раза в год	25 (39,1)	20 (31,3)	>0,05
• 4 раза в год и чаще	23 (35,9)	15 (23,4)	>0,05
Развившиеся кровотечения из ВРВП в течение года			
	9 (14,1)	7 (10,9)	>0,05
Оценивали свои знания течения заболевания как:			
• недостаточные	42 (65,6)	19 (29,7)	<0,05
• достаточные	22 (34,4)	45 (70,3)	<0,05
Оценивали свои знания по питанию как:			
• недостаточные	35 (54,7)	30 (46,9)	>0,05
• достаточные	29 (45,3)	34 (53,1)	>0,05
Оценивали свои знания медикаментозной терапии как:			
• недостаточные	29 (45,3)	12 (18,8)	<0,05
• достаточные	35 (54,7)	52 (81,2)	<0,05
Приверженность пациентов лечению согласно шкалы Мориски Грина:			
• комплаентные	23 (35,9)	37 (57,9)	<0,05
• группа риска	12 (18,8)	14 (21,9)	>0,05
• некомплаентные	29 (45,3)	13 (20,3)	<0,05

Таблица 5.
Трансформация течения заболевания у пациентов, регулярно посещающих школу для пациентов с циррозом печени (n=64)

Из таблицы 5 видно, что посещение школы для пациентов с ЦП в течение года способствовало стабилизации и в ряде случаев улучшению течения заболевания: достоверно увеличилось число комплаентных пациентов (на 22,0%), лиц без ПЭ (на 18,8%), госпитализирующихся в профильный стационар 1 раз в год (на 20,3%); уменьшилось число пациентов со 2 степенью асцита. В ряде случаев

изменилась самооценка больных, которые достоверно чаще (p<0,05) оценивали свои знания как достаточные в отношении течения заболевания и медикаментозной терапии. Также, согласно самооценки пациентов, увеличилось число комплаентных лиц. Важно отметить, что уровень образования не влиял на результаты обучения в школе для пациентов с ЦП (p>0,05).

Обсуждение полученных результатов

Проведенное исследование выявило нарушения в тактике ведения пациентов с ЦП в реальной клинической практике, что может быть обусловлено как неадекватными врачебными рекомендациями, так и недостаточными знаниями пациентов и их родственников особенностей течения заболевания.

В рамках непрерывного медицинского образования на федеральном уровне и в Краснодарском крае проводится большая работа по расширению знаний практикующих врачей о тактике ведения пациентов с ЦП. Однако только образовательные мероприятия для врачей не могут решить задачу оптимизации оказания медицинской помощи лицам со столь сложным заболеванием. Во-первых,

эти люди нуждаются в мультидисциплинарном подходе с участием врачей гастроэнтерологов как амбулаторного, так и стационарного звена, хирургов, эндоскопистов, эндоваскулярных хирургов, врачей ультразвуковой диагностики. Такой подход возможен только в рамках многопрофильной клиники, имеющей опыт проведения трансплантации печени. Именно такой клиникой является ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ Краснодарского края, в которой с 2011 по 2019 гг. выполнено 17 трансплантаций печени, в том числе, одна от живого близкородственного донора. В нашей клинике ведется лист ожидания трансплантации печени и работает школа для пациентов с ЦП.

Представленный анализ работы школы для пациентов с ЦП свидетельствует о том, что регулярное посещение школы больными и их родственниками позволяет стабилизировать и даже трансформировать течение заболевания у данного сложного контингента больных.

Ключевыми аспектами повышения качества жизни пациентов с ЦП и профилактики угрожающих жизни осложнений являются отказ от употребления алкоголя, адекватная диета, приверженность медикаментозной терапии, динамическое врачебное наблюдение, повышение знаний родственников и самого пациента об особенностях течения заболевания с получением навыков самообследования [14, 15]. Одним из ключевых направлений оптимизации качества оказания медицинской помощи является обучение пациентов и модификация их поведения на амбулаторном этапе оказания специализированной медицинской помощи [16, 17]. Наш собственный опыт и данные литературы [18] свидетельствуют о том, что улучшение знаний пациентов и их родственников об особенностях течения заболевания влияют на желание больных следовать диетическим и медикаментозным рекомендациям. Вместе с тем недостаточно изучен вопрос о том, как знания о течении заболевания и субъективно оцениваемая пациентами приверженность к правильному питанию и медикаментозной терапии влияют на поведение больных в реальной жизни. Субъективизм в оценке этих крайне важных параметров является ограничением нашего и целого ряда других исследований и объясняет противоречивость полученных результатов [15–19].

Согласно нашим данным, оптимальным подходом для повышения комплаенса пациентов с ЦП является:

- активный вызов больных для контрольного гастроэнтерологического обследования;
- разработка индивидуализированного плана проведения лечебных мероприятий совместно с больным, обсуждение возможных нежелательных явлений при проведении диуретической терапии, назначения β -адреноблокаторов, выполнения миниинвазивных хирургических вмешательств и профилактика возможных осложнений;
- проведение занятий в условиях «Гастрошколы для пациентов с циррозом печени»;
- разработка методических рекомендаций «Памятка для пациентов с циррозом печени»;
- выдача письменных рекомендаций при каждом посещении врача-гастроэнтеролога;
- использованием лекарственных схем с меньшим количеством препаратов, учет межлекарственных взаимодействий;
- ведение больным и(или) его родственниками индивидуального дневника питания и приема лекарств;
- личное общение пациента с лечащим врачом по телефону.

В заключении следует отметить, что пациент-ориентированный подход является перспективным направлением оптимизации качества оказания медицинской помощи больным с ЦП, в том числе лицам, состоящим в листе ожидания трансплантации печени. Такой подход позволяет пациентам дожидаться трансплантации печени, а при стабилизации течения заболевания – даже избежать ее.

Литература | References

1. Ivashkin V.T., Mayevskaya M. V., Pavlov C. S., Fedosyina Y. A., Bessonova Y. N., Pirogova I. Yu., Garbuzenko D. V. Treatment of liver cirrhosis complications: Clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society and Russian gastroenterological association. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2016;26(4):71–102. (In Russ.) doi: 10.22416/1382–4376–2016–26–4–71–102
Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., и др. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* – 2016. – 26, 4. – 71–102.
2. Anisimov A. Yu., Vertkin A. L., Devyatov A. V., et al. Klinicheskie rekomendacii po lecheniyu krvotochenij iz varikozno rasshirenyh ven pishchevoda i zheludka [Clinic manual for treatment of bleeding from esophageal and gastric varicose veins dilatation] (Adopted at All-Russian conciliatory conference once the National clinic recommendations in place “Bleeding from upper parts of gastro-intestinal tract”, Voronej, 5–6 June 2014. Russian society of surgeons, Association of hepato-pancreato-billiar surgeons of CIS – Commonwealth of Independent States). Moscow – Voronej, 2014. 46 p. (in Russ.)
Анисимов А. Ю., Верткин А. Л., Девятков А. В., Дзидзава И. И., и соавт. Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (Приняты на Общероссийской согласительной конференции по принятию Национальных клинических рекомендаций «Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта», г. Воронеж, 5–6 июня 2014 г. Российское общество хирургов, Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ). М.-Воронеж, 2014. 46с.
3. European Association for the Study of the Liver; European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J. Hepatol*. 2018, no.69, pp.406–60. Doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.024.
4. Garcia-Tsao G., Abraldes J. G., Berzigotti A., Bosch J. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2017;65(1):310–35. Doi: 10.1002/hep.28906.
5. de Franchis R, Editor. Portal Hypertension VI. Proceedings of the VIth Baveno international consensus workshop. New York, USA: Springer, 2015, 420p.
6. Tripathi D., Stanley A. J., Hayes P. C., et al. Transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt in the management of portal hypertension. *Gut*. 2020, pp. 1–20. doi:10.1136/gutjnl-2019–320221
7. Gluud LL, Krag A. Banding ligation versus beta-blockers for primary prevention in oesophageal varices in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8: CD004544

8. Dudanova O.P., Pavlyukova I.P., Larina N.A., Shubina M.E., Rodina A.S. Etiology and clinical features of acute-on-chronic liver failure in patients with acute decompensation of liver cirrhosis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;(8):41–47. (In Russ.) doi: 10.31146/1682–8658-ecg-168–8–41–47
 Дуданова О.П., Павлюкова И.П., Ларина Н.А., Шубина М.Э., Родина А.С. Этиология и клинические особенности синдрома обострения хронической печеночной недостаточности у пациентов с острой декомпенсацией цирроза печени. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2019.(8). – 41–47. Doi: 10.31146/1682–8658-ecg-168–8–41–47
9. Singal AG, Pillai A, Tiro J. Early detection, curative treatment, and survival rates for hepatocellular carcinoma surveillance in patients with cirrhosis: a meta-analysis. *PLoS Med*. 2014, no. 11, ppe1001624.
10. Volk ML, Fisher N, Fontana RJ. Patient knowledge about disease self-management in cirrhosis. *Am J Gastroenterol*. 2013, no.108, pp302–305.
11. Patel AA, Walling AM, Ricks-Oddie J, May FP, Saab S, Wenger N. Palliative care and health care utilization for patients with end-stage liver disease at the end of life. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017, no.15, pp1612–1619.e4.
12. Khan A, Tansel A, White DL, et al. Efficacy of psychosocial interventions in inducing and maintaining alcohol abstinence in patients with chronic liver disease: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016, no.14, pp191–202.e1–4; quiz e20.
13. Tinetti ME, Naik AD, Dodson JA. Moving from disease-centered to patient goals-directed care for patients with multiple chronic conditions: Patient value-based care. *JAMA Cardiol*. 2016, no.1, pp.9–10.
14. Lukina Yu.V., Martsevich S. Yu., Kutishenko N.P. Morisky-Green scale: positive and negative moments of universal test, errors correction. *Rational Farmakotherapy in Cardiology*. 2016;12(1): 63–65. (in Russ.)
 Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. – 2016. – 12, 1. – 63–65.
15. Tapper E, Kanwal F, Asrani S, Ho C, Ovchinsky N, Poterucha J. Patient reported outcomes in cirrhosis: a scoring review of the literature. *Hepatology*. 2018, No.67, pp2375–2383.
16. Olevskaia E.R., Dolgushina A.I., Tarasov A.N., Hihlova A.O. Comorbidity patients with liver cirrhosis: effect on course and outcome. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2018;(9):57–63. (In Russ.) doi: 10.31146/1682–8658-ecg-157–9–57–63
 Олевская Е.Р., Долгушина А.И., Тарасов А.Н., Хихлова А.О. Коморбидность больных циррозом печени: влияние на течение и исход// *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2018. – 9. – 57–63. doi: 10.31146/1682–8658-ecg-157–9–57–63
17. Lai JC, Dodge JL, Sen S, Covinsky K, Feng S. Functional decline in patients with cirrhosis awaiting liver transplantation: results from the functional assessment in liver transplantation (FrAILT) study. *Hepatology*. 2016, no.63, pp.574–580.
18. Trivedi HD, Tapper EB. Interventions to improve physical function and prevent adverse events in cirrhosis. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2018, no.6, pp.13–20.
19. Chaudhary N, Lucero C., Villanueva G., Poles M, Gillespie C., Zabar S, Weinschel E. Assessment of abilities of gastroenterology fellows to provide information to patients with liver disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2015, no.7, pp.1095–1123.