

**MINISTERUL  
SĂNĂTĂȚII  
AL REPUBLICII MOLDOVA**



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ МОЛDOVA**

**IMSP Spitalul Clinic Republican**

# **ENCEFALOPATIA HEPATICĂ LA ADULT**

**Protocol clinic instituțional**

*Chișinău, 2010*

Abrevierile folosite în document.....	4
<b>PREFAȚĂ.....</b>	<b>4</b>
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....</b>	<b>4</b>
A.1. Diagnoza.....	4
A.2. Codul bolii (CIM 10):.....	4
A.3. Utilizatorii:.....	4
A.4. Scopurile protocolului:.....	4
A.5. Data elaborării protocolului.....	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului.....	5
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informație epidemiologică.....	5
<b>B. PARTEA GENERALĂ.....</b>	<b>6</b>
B.2. Nivelul consultativ specializat (hepatolog/gastrolog).....	6
B.3. Nivelul de staționar.....	7
<b>C.1. ALGORITMUL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN EH.....</b>	<b>9</b>
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....</b>	<b>10</b>
C.2.1. Clasificarea EH.....	10
C.2.2. Factori precipitanți ai EH.....	11
C.2.3. Screening-ul EH.....	11
C.2.4. Conduita pacientului cu EH	12
C.2.4.1. Anamneza.....	12
C.2.4.2. Examenul clinic.....	12
C.2.4.3. Investigații paraclinice.....	13
C.2.4.3.1. Scheme de investigații paraclinice.....	13
C.2.4.3.2. Descrierea metodelor și tehnicilor diagnostice specifice ale EH.....	14
C.2.4.3.2.1. Teste psihometrice.....	14
C.2.4.3.2.2. Metodele instrumentale.....	14
C.2.4.3.2.3. Metodele de laborator.....	15
C.2.4.4. Diagnosticul diferențial.....	15
C.2.4.5. Criterii de spitalizare.....	16
C.2.4.6. Tratamentul EH.....	16
C.2.4.6.1. Modificări de comportament.....	16
C.2.4.6.2. Terapie medicamentoasă a EH.....	17
C.2.4.6.3. Suportul hepatic artificial.....	19
C.2.4.6.4. Intervenții chirurgicale.....	20
C.2.4.7. Supravegherea pacienților.....	20
C.2.5. Stările de urgență.....	20
<b>D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....</b>	<b>21</b>
D.1. Instituțiile de AMP.....	
<b>Eroare! Marcaj în document nedefinit.</b>	
D.2. Secțiile și instituțiile consultativ-diagnostice	21

D.3. Secțiile de terapie ale spitalelor raionale, municipale .....	21
D.4. Secțiile de gastrologie/hepatologie ale spitalelor municipale și republicane .....	22
<b>E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXE .....</b>	<b>24</b>
<i>Anexa 1. Test de unire a cifrelor.....</i>	
24	
<i>Anexa 2. Ghidul pacientului cu EH.....</i>	
28	
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>29</b>

## Abrevierile folosite în document

AASLD	Asociația Americană pentru Studiul Bolilor Ficatului ( <i>American Association for the Study of the Liver Diseases</i> )
CH	ciroză hepatică
EEG	electroencefalogramă
EcoEG	ecoencefalograma
EH	encefalopatie hepatică
EHL	encefalopatie hepatică latentă
i/v	intravenos
sol.	soluție

**PREFAȚĂ**

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Catedrei Medicină internă nr. 4 și ai Laboratorului de Gastroenterologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” în colaborare cu Programul Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare, finanțat de Guvernul SUA prin Corporația „Millenium Challenge Corporation” și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltarea Internațională.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind encefalopatia hepatică la persoanele adulte și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale (extras din protocolul național aferent pentru instituția dată, fără schimbarea structurii, numerăției capitolului, tabelului, figurilor, casetelor etc.), în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

**A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ****A.1. Diagnosticul****Ciroza hepatică**

- Faza bolii: **activă și neactivă**
- Stadiul bolii: **subcompensată, decompensată**
- Complicații: **encefalopatia hepatică**

**Exemple de diagnostic clinic:**

- **Ciroza hepatică de etiologie virală B**, AgHBe negativă, macronodulară, faza neactivă, subcompensată, evoluție stabilă, Child-Pugh A (6 puncte), encefalopatie hepatică latentă.
- **Ciroza hepatică etilică**, micronodulară, faza activă, evoluție lent progresivă, decompensată, Child-Pugh B (10 puncte), encefalopatia hepatică st. II.

**A.2. Codul bolii (CIM 10):**

- K74.0** Fibroza hepatică
- K74.3** **Ciroza biliară primitivă**
- K74.4** **Ciroza biliară secundară**
- K74.5** **Ciroza biliară fără precizare**
- K74.6** **Ciroza ficatului (alte și neprecizate)**
- K70.3** **Ciroza alcoolică a ficatului**
- K71.7** **Afectarea toxică a ficatului cu fibroză și ciroză**

**A.3. Utilizatorii:**

- Secția consultativă a SCR (medici gastroenterologi, hepatologi, medici interniști);
- Secțiile de gastroenterologie și hepatologie ale Spitalului Clinic Republican (gastroenterologi, hepatologi).

*Notă:* Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

**A.4. Scopurile protocolului:**

1. A spori măsurile profilactice în domeniul prevenirii apariției și progresării rapide a encefalopatiei hepatice la pacienți cu CH
2. A ameliora depistarea EH în stadiile inițiale
3. A spori calitatea examinării și tratamentului pacienților cu EH
4. A spori numărul de pacienți cu CH, la care EH este controlată adecvat

**A.5. Data elaborării protocolului:** aprilie 2010**A.6. Data reviziei următoare:** aprilie 2012

**A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:**

Numele	Funcția
Dr. Dumbrava Vlada-Tatiana, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	șef Catedră Medicină internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”, Specialist principal gastroenterolog - hepatolog al Ministerului Sănătății
Dr. Țurcan Svetlana, doctor în medicină, conferențiar cercetător	cercetător coordonator, Laboratorul Gastroenterologie, Catedra Medicină internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Lupașco Iulianna, doctor în medicină, conferențiar cercetător	cercetător științific superior, Laboratorul Gastroenterologie, Catedra Medicină internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Țurcanu Adela, doctor în medicină	asistent, Catedra Medicină internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Tofan-Scutaru Ludmila, doctor în medicină	conferențiar, Catedra Medicină internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Berliba Elina, doctor în medicină	asistent, Catedra Medicină internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Elena Maximenco, MPH	expert local în sănătate publică, Programul preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare
Nedelcu Nina	asistentă medicală, secția hepatologie, SCR
Canțer Maria	pacientă

**Protocolul a fost discutat și aprobat de:**

Denumirea	Numele și semnătura
Consiliul medical al IMSP Spitalul Clinic Republican	

**A.8. Definițiile folosite în document**

**Encefalopatia hepatică** include spectrul de tulburări neuropsihice, potențial reversibile, care se dezvoltă în cadrul insuficienței hepatice și/sau a șuntului porto-sistemic; ce are ca substrat perturbarea difuză a metabolismului cerebral, ca urmare a metabolizării insuficiente (insuficiența hepatică) sau a oclirii ficatului (șunturi porto-sistemice) de către produșii toxici azotați de origine intestinală, precum și sub acțiunea altor substanțe cu efect neurotoxic.

**Asterixis** – „flapping tremor” – mișcările de flexiune-extensiune în articulații, mai ales articulații carpiene și metacarpiene, asociate cu mișcările laterale ale falangelor; mișcările asemănătoare cu bătăile aripilor în zborul unui fluture. Se demonstrează prin fixarea antebrațului și hiperflexia dorsală a mâinii. „Flapping tremor” mai poate fi provocat prin hiperflexia piciorului pe gambă, prin imposibilitatea de a menține buzele în poziția de fluierat sau prin imposibilitatea menținerii ochilor închiși. Nu este specific pentru EH.

**Apraxie** – incapacitatea de a realiza gesturile adecvate unui scop, în absența oricăror tulburări neurologice elementare (deficit motor, de coordonare, tulburări de sensibilitate, mișcări involuntare).

**Ataxia** - tulburare de coordonare în mișcările voluntare (mai ales, ale membrilor); ce se reflectă în mișcările nesigure, mersul instabil; se pune în discuție după (!) excluderea unui deficit motor, a tulburărilor de tonus și a diskineziilor.

**Insuficiența hepatică** reprezintă un sindrom care se dezvoltă în cadrul maladiilor hepatice acute sau cronice, mecanismul patogenetic principal al căruia constă în insuficiența hepatocelulară și/sau hipertensiunea portală.

**Hipertensiunea portală** reprezintă un sindrom clinic, cauzat de creșterea presiunii hidrostatice în sistemul venos portal (normal 5-10 mm Hg).

**Recomandabil** - nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

**A.9. Informație epidemiologică**

La 70% pacienți cu CH este prezentă EH cu grad divers de manifestare [3, 4, 8]. EH latentă este prezentă la 51% - 62% dintre bolnavii de ciroză hepatică [2, 4, 11, 12, 13]. Circa 30% dintre cei cu CH decedază în sau prin EH severă [1, 5, 6].

EH dezvoltă circa 30-53% pacienți cu șunturi portocavale și 24-39% cu șunt spleno-renal distal [4, 8, 10].

## B. PARTEA GENERALĂ

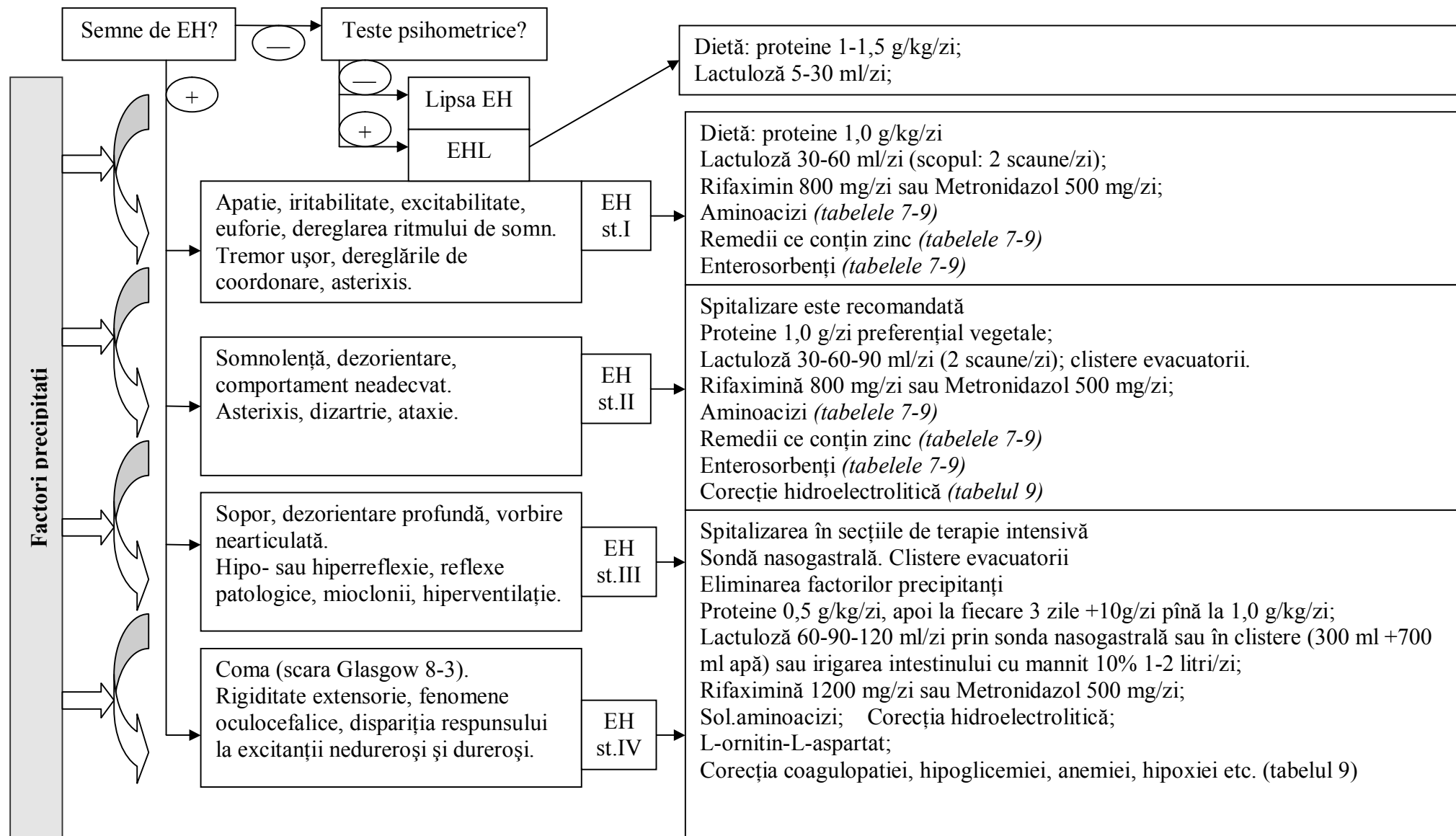
<b>B.1. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (hepatolog/gastrolog)</b>		
<b>Descriere (măsurii)</b>	<b>Motive (reper)</b>	<b>Pași (modalități și condiții de realizare)</b>
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia primară	Profilaxia primară în caz de EH presupune depistarea precoce și managementul adecvat al pacienților cu ciroză hepatică compensată de diferită etiologie. Măsurile profilactice micșorează riscul apariției și al progresării EH. [3, 8, 9]	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Managementul adecvat al pacienților cu CH compensată (<i>vezi Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”</i>)</li><li>• Modificări de comportament al pacienților cu CH<ul style="list-style-type: none"><li>✓ excluderea alcoolului pentru pacienții cu bolile hepatice cronice;</li><li>✓ alimentație rațională</li><li>✓ evitarea administrării medicamentelor sedative (benzodiazepinelor, barbituraticelor etc.) la pacienți cu CH</li><li>✓ menținerea masei corporale optime (IMC 18,5- 25,0)</li><li>✓ excluderea contactului cu substanțe toxice (<i>caseta 17</i>)</li></ul></li><li>• Profilaxia factorilor precipitanți ai EH (<i>caseta 4</i>).</li></ul>
1.2. Profilaxia secundară	Măsurile profilactice micșorează riscul de apariție și progresare a EH [3, 8, 9, 10, 14, 15]	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Modificări de comportament (<i>cas. 17</i>)</li><li>• Profilaxia factorilor precipitanți ai EH (<i>caseta 4</i>)</li></ul>
1.3. Screening-ul	Depistarea precoce a EH la pacienți cu CH presupune depistarea EH în stadiul preclinic, latent și necesită o tactică activă de diagnosticare [1, 2, 3, 8, 15]	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Screening-ul cirozei hepatice (<i>vezi PCN „Ciroza hepatică compensată la adult”</i>)</li><li>• Screening-ul EH (<i>tabelul 3</i>)</li></ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de EH	Diagnosticul EH se confirmă prin datele anamnestice, rezultatele examenului clinic, teste psihometrice, investigații instrumentale și de laborator [1, 2, 3, 8, 13, 14, 15]  EH este un diagnostic de excludere: simptomatologia neuropsihică a EH necesită excluderea altor cauze de encefalopatie [1, 3, 8, 9, 15]	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anamneza (<i>caseta 4,5,</i>)</li><li>• Tabloul clinic reprezintă asocierea semnelor de 3 sindroame principale: 1) sindromul de tulburări neuropsihice - EH propriu (<i>caseta 6</i>), 2) sindromul insuficienței hepatocelulare acute sau cronice (<i>caseta 7</i>), 3) sindromul de hipertensiune portală. (<i>caseta 8</i>)</li><li>• Evaluarea encefalopatiei hepatice prin teste psihometrice (<i>caseta 10, anexa 1</i>)</li><li>• Investigații paraclinice obligatorii și recomandate (la necesitate) (<i>caseta 9, tabelul 2, casete 11-13</i>)</li><li>• Efectuarea diagnosticului diferențial cu alte patologii (<i>casetele 14, tabelul 6</i>)</li></ul>
2.2. Deciderea consultului altor	Tratamentul chirurgical și/sau endoscopic în caz de hipertensiune portală progresivă	<ul style="list-style-type: none"><li>• În caz de hipertensiune portală progresivă se recomandă consultația</li></ul>

specialiști și/sau spitalizării	amelioarează prognosticul bolii [1, 3, 8, 9, 15]	medicului gastrochirurg; • Evaluarea criteriilor pentru spitalizare (caseta 15)
<b>3. Tratatamentul EH</b>		
3.1. Tratatamentul nemedicamentos	Optimizarea regimului și alimentației micșorează progresarea procesului patologic în ficat și previne apariția și progresarea EH [1, 3, 8, 14, 15] Restricția proteică alimentară beneficiază evoluția EH [3, 8, 11, 14, 15]	<b>Obligatoriu:</b> • Recomandări privind modificarea de comportament al pacientului cu CH (Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”) • Măsuri generale și dietetice în EH (caseta 17)
3.2. Tratatamentul medicamentos	Tratatamentul medicamentos este indicat cu scop de control al semnelor EH, ameliorarea stării de conștiență, micșorarea progresării EH și prevenirea stadiului terminal al EH [1, 3, 8, 11, 13, 14, 15]	• Tratatamentul CH de bază ✓ tratamentul hepatoprotector și antifibrotic ✓ antioxidante ✓ β adrenoblocante sau inhibitorii enzimei de conversie ✓ Spironolactonă etc. (Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”) • Tratatamentul EH: ✓ dizaharide neabsorbabile (Lactuloza) ✓ antibiotice neabsorbabile (Rifaximină etc.) sau mai puțin absorbabile ✓ aminoacizi ramificați ✓ enterosorbenți etc. (tabelul 7)
<b>4. Supravegherea</b>	Supravegherea se va efectua în comun cu medicul de familie	Se recomandă examinarea complexă o dată la 6 luni (tab. 10)
<b>B.2. Nivel de asistență medicală spitalicească</b>		
<b>1. Spitalizare</b>	Spitalizarea este necesară pentru pacienții cu progresarea rapidă a EH, pentru pacienții cu EH stadiul III și IV. Spitalizarea este rațională EH apărută după hemoragie gastrointestinală, intervenții chirurgicale și miniinvazive, după infecție acută etc.	• Criterii de spitalizare (caseta 15)
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Confirmarea diagnosticului de EH	Diagnosticul EH se confirmă prin datele anamnestice, rezultatele examenului clinic, teste psihometrice, investigații instrumentale și de laborator [1, 2, 3, 8, 13, 14, 15]. EH este un diagnostic de excludere - excluderea altor cauze de encefalopatie [1, 3, 8, 9, 15].	• Anamneza (caseta 4,5,) • Tabloul clinic reprezintă asocierea semnelor de 3 sindroame principale: 1) sindromul de tulburări neuropsihice - EH propriu (caseta 6), 2) sindromul insuficienței hepatocelulare acute sau cronice (caseta 7), 3) sindromul de hipertensiune portală. (caseta 8) • Evaluarea encefalopatiei hepatice prin teste psihometrice (caseta 10, anexa 1) • Investigații paraclinice obligatorii (tabelul 4) și recomandate (la

		necesitate) (tabelul 5, casete 10-13) • Efectuarea diagnosticului diferențial cu alte patologii (casetele 14, tabelul 6)
<b>3. Tratatamentul EH</b>		
3.1. Tratatamentul nemedicamentos	Regim la pat, la respectarea căruia scade producția amoniacului în mușchi, este recomandat în EH avansată. Când se ameliorează starea clinică, regimul la pat nu este binevenit, deoarece are loc atrofia musculară și crește catabolismul proteic al mușchilor. Restricție proteică alimentară beneficiază evoluția EH [1, 3, 8, 14, 15]. Pentru ameliorarea funcției de detoxicare au fost proiectate diverse sisteme suportive hepatice extracorporale [1, 8, 10]	• Măsurile generale și dietetice în EH (caseta 17) • Sisteme suportive hepatice extracorporale (caseta 18)
3.2. Tratatamentul medicamentos	Tratatamentul medicamentos este indicat cu scop de control al semnelor EH, ameliorarea stării de conștiență, micșorarea progresării EH și prevenirea stadiului terminal al EH [1, 3, 8, 11, 13, 14, 15]	• Tratatamentul EH: ✓ dizaharide neabsorbabile (Lactuloza) ✓ antibiotice neabsorbabile (Rifaximină etc.) sau mai puțin absorbabile ✓ aminoacizi ramificați ✓ enterosorbenti etc. (tabelul 8) • Tratatamentul CH de bază ✓ tratamentul hepatoprotector și antifibrotic ✓ antioxidante ✓ β adrenoblocante sau inhibitorii enzimei de conversie ✓ Spironolactonă etc. (PCN „Ciroza hepatică compensată la adult”)
3.3. Tratatament de urgență	EH stadiul III și IV necesită tratament în secțiile de terapie intensivă	• Tratatamentul EH în secțiile de terapie intensivă (tabelul 9)
3.4. Tratatamentul chirurgical (nu este subiectul protocolului dat)	EH poate fi cauzată, la o parte de pacienți, de șunt spontan portal-sistemic (splenorenal, gastrorenal). Șuntul spontan portal-sistemic poate fi înlăturat prin metode microinvazive (ocluzie prin tehnici radiologice) sau prin intervenții chirurgicale. Transplantul de ficat este unica metodă pentru bolnavii cu EH rezistentă la tratament și pentru insuficiența hepatică terminală.	Vezi PCN-HTP la adult
<b>4. Externarea</b>	La externare este necesar de elaborat și recomandat pentru medicul de familie tactica ulterioară de management al pacientului.	Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține: ✓ Diagnosticul precizat desfășurat; rezultatele investigațiilor și tratamentul efectuat; ✓ recomandări explicite pentru pacient; ✓ recomandări pentru medicul de familie.



## C.1. ALGORITMUL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN EH



## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea EH

#### Caseta 1. Clasificarea etiologică a EH

- EH asociată cu insuficiență hepatică acută - se dezvoltă în rezultatul necrozelor masive ale parenchimului hepatic în:
  - hepatita acută virală
  - hepatita acută alcoolică
  - hepatita acută medicamentoasă
  - afectarea acută toxică a ficatului
  - infecții generalizate cu afectarea ficatului (sepsis etc.)
  - necroza acută hepatică la gravide
  - ischemia acută a ficatului
  - șoc chirurgical
  - sindrom Budd-Chiari acut. etc.
- EH asociată cu șunt portosistemic în lipsa cirozei hepatice
- EH asociată cu ciroză hepatică cu sau fără șunt portosistemic

#### Caseta 2. Clasificarea patogenică a EH

- Encefalopatie endogenă – cauzată de insuficiența hepatocelulară acută
- Encefalopatie portosistemică – cauzată de șunturi portosistemice
- Encefalopatie mixtă (portosistemică și endogenă)

#### Caseta 3. Clasificarea EH după subtipuri clinice

- EH acută
- EH cronică
  - Epizodică
    - Cu factor precipitat cunoscut
    - Spontană
    - Recurentă
  - Persistentă

Tabelul 1. Clasificarea EH după stadiul evolutiv (West Haven criteria, 10)

Stadiul	Tulburări psihice	Tulburări neurologice
<b>0 sau EH latentă sau minimă</b>	Lipsa modificărilor de personalitate sau de comportament la un examen clinic obișnuit. Se relevă la îndeplinirea testelor psihometrice standardizate (ex.: test de unire a cifrelor)	Asterixis absent.
<b>I</b>	Atenția și concentrarea diminuate, apatie ușoară, excitabilitate, iritabilitate, anxietate, euforie sau depresie, dereglări de somn (hipersomnie, insomnie sau inversie de somn), amnezie	Tremor ușor, tulburări de coordonare, apraxie ușoară, tulburări de scris, asterixis ( <i>flapping tremor</i> ) poate fi prezent
<b>II</b>	Somnolență, apatie, dezorientare spațială și temporală, comportament neadecvat	Asterixis, dizartrie, vorbire monotonă, ataxie
<b>III</b>	Dezorientare gravă, comportament bizar, neadecvat-excentric, agresiune, semistupor-stupor	Hipo- sau hiperreflexie, reflexe patologice (Gordon, Jucovski), mioclonie, rigiditate musculară, hiperventilație, asterixis dispare
<b>IV</b>	Comă cu sau fără răspuns la stimuli dureroși	Rigiditate de decerebrare (membrele în extensie), fenomene oculocefalice Dispariția răspunsului la excitanții dureroși În faza terminală: midriază (dilatarea pupilelor), lipsa reacției pupilei la lumina, lipsa reflexelor corneale, mioclonie generalizată, plegia sfincterelor, stop respirator

**Tabelul 2. Evaluarea gradului de inhibare a conștiinței după scorul Glasgow (10)**

Probele funcționale	Caracterul reacțiilor	Scor
Deschiderea ochilor	Spontană	4
	După cerința verbală	3
	La un excitant dureros	2
	Nu deschide ochii	1
Activitatea motorie	După cerința verbală	6
	La un excitant dureros: retragerea membrului	5
	La un excitant dureros: mișcări patologice tonice de flexie	3
	La un excitant dureros: mișcări patologice de extensie	2
	Nu este	1
Răspunsul verbal	Adecvat, corect, prompt	5
	Disorientat, vorbire „împleticită”	4
	Neadecvat, cuvinte izolate	3
	Sunete izolate neadekvate	2
	Nu este	1

**Nota.** În pofida faptului că acest scor nu a fost elaborat pentru pacienții cu encefalopatie hepatică, el se utilizează larg în tulburările structurale și metabolice ale sistemului nervos central, ce justifică aplicarea lui în insuficiența hepatică acută și cronică.

**Pentru aprecierea gradului de inhibare a conștiinței se sumează scorurile obținute la fiecare compartiment, iar rezultatul se evaluează în puncte. Suma de 15 puncte reflectă lipsa dereglărilor de conștiință; 14-11 puncte – precomă; 10-9 puncte – somn; 8-3 puncte – comă profundă.**

### C.2.2. Factori precipitanți ai EH

În majoritatea cazurilor apariția sau progresarea EH, mai ales în bolile hepatice cronice, este cauzată de diverși factori exogeni – factori precipitanți ai EH.

#### **Caseta 4. Factori precipitanți ai EH**

- **Hemoragie gastrointestinală** (hipovolemia, hipoxia, hipotensiunea reduc perfuzia hepatică și scade dezintegrarea amoniacului, dar mai are loc și creșterea sintezei amoniacului în intestinul gros în rezultatul hidrolizei sîngelui de către microflora intestinală);
- **Infecții** (are importanță endotoxemia, creșterea catabolismului proteic și apariția hiperamoniemiei; de asemenea apare acidoza metabolică, care inhibă dezintegrarea amoniacului prin ciclul ornitinic);
- **Paracenteza cu evacuarea lichidului ascitic în cantități mari** (hipovolemia reduce perfuzia hepatică și deci se reduce inactivarea hepatică a amoniacului; se adaugă și hipopotasiemia, care comportă și mecanismul renal al hiperamoniemiei)
- **Tratament diuretic agresiv** (se produc aceleași mecanisme ca și în cazul paracentezei; în plus, unele diuretice (mai ales tiazidele) inhibă dezintegrarea amoniacului în ciclul ornitinic);
- **Administrare de preparate psihotrope** (efect neurosupresiv direct);
- **Consum de alcool** (efect neurosupresiv direct);
- **Abuz de proteine** (crește producția de amoniac în intestinul gros);
- **Constipație** (favorizează creșterea florei intestinale amoniogene);
- **Operația de anastomoză portocavală** (înlăturarea ficatului din proces de dezintoxicare);
- **Intervenții chirurgicale** (pot condiționa dezvoltarea EH prin sporirea catabolismului proteic și prin acțiunea neuro-supresivă a preparatelor de narcoză)

### C.2.3. Screening-ul EH

Depistarea precoce a EH la pacienți cu CH presupune depistarea EH în stadiul preclinic, latent și necesită o tactică activă de diagnosticare. Metodele de examinare și frecvența lor recomandată sunt reflectate în tabelul 3.

**Tabelul 3. Screening-ul EH la pacienți cu bolile hepatice cronice de către medicul specialist**

Intervenții și proceduri diagnostice	Periodicitate
Control la medic de familie cu evaluarea dereglărilor de conștiințe, motorii, intelectuale, de comportament	2 ori/an
Evaluarea encefalopatiei latente prin teste psihomotorii	2 ori/an
Alte examinări recomandate pentru monitoring al pacientului cu CH (reflectate în PCN „Ciroza hepatică la adult”)	2 ori/an

#### C.2.4. Conduita pacientului cu EH

##### C.2.4.1. Anamneza

###### Caseta 5. Momente cheie în evaluarea antecedentelor personale

- cunoașterea existenței patologiei ficatului acute sau cronice
- anamnezic de EH suportată în trecut
- prezența factorilor precipitanți (vezi caseta 4)

##### C.2.4.2. Examenul clinic

În EH tabloul clinic reprezintă asocierea semnelor de 3 sindroame principale: 1) sindromul de tulburări neuropsihice (EH propriu), 2) sindromul insuficienței hepatocelulare acute sau cronice, 3) sindromul de hipertensiune portală.

###### Caseta 6. Tulburări neuropsihice în cadrul EH

- Tulburări de conștiință: inversarea ritmului de somn, somnolență, semistupor, stupor, comă.
  - Tulburări de intelect: de la tulburări minime până la imposibilitatea de executat operații aritmetice simple, de desenat sau de construit din bețe de chibrit figuri simple (un romb, o stea etc.), dezorientare în timp și spațiu, tulburări de atenție și memorie.
  - Tulburări de comportament: apatie, agitație, agresiune, excitabilitate, iritabilitate, anxietate, euforie sau depresie, comportament neadecvat, bizar, excentric.
  - Tulburări neurologice: tremor, tulburări de coordonare, ataxie, apraxie, tulburări de scris, tulburări de mers, asterixis (*flapping tremor*), dizartrie, vorbire monotonă, hipo- sau hiperreflexie, reflexe patologice (Gordon, Jucovski etc.), mioclonie, rigiditate musculară, hiperventilație, rigiditate de decerebrare (membrele în extensie), fenomene oculocefalice, dispariția răspunsurilor motorii la excitații dureroși, în faza terminală: midriază (dilatarea pupilelor), lipsa reacției pupilei la lumina, lipsa reflexelor corneale, mioclonie generalizată, plegia sfincterelor, stop respirator.
- Stadiul EH se evaluează în funcție de expresivitatea tulburărilor neuropsihice (vezi tabelul 1).

###### Caseta 7. Sindromul insuficienței hepatocelulare

- **Mirosul hepatic (foetor hepaticus)** se simte la respirația pacientului. La fel miroase și transpirația, urina, masele vomitive ale bolnavului. Cauza mirosului hepatic este dezechilibrul aminoacizilor din cadrul patologiei hepatice severe, cu acumularea aminoacizilor aromatici și a produsului metabolismului proteic – metilmercaptanului. În caz de comă hepatică endogenă, mirosul poate fi comparat cu cel al ficatului proaspăt, iar în caz de comă hepatică exogenă – cu mirosul de sulf sau fructe răcoapte.
- **Stigme hepatice:**
  - **Steluțele vasculare** (angioame vasculare) pot fi unice sau multiple cu dimensiuni de la câțiva milimetri până la 2 cm și mai mult. La compresiune dispar ramificațiile radiale și se observă pulsația centrală, care dispare și ea la o compresiune mai îndelungată. Steluțele vasculare se situează pe gât, față, umeri, mâini, torace, spate. Pot fi și pe mucoasa palatului dur, a faringelui, mai rar pe cea nazală. Odată cu ameliorarea stării bolnavului se reduc și angioamele vasculare, care pot să și dispară. Ca mecanism de formare a lor este considerată creșterea conținutului de hormoni estrogeni în sânge sau activarea substanțelor vasoactive: a histaminei, a bradikininei; modificarea sensibilității receptorilor vasculari către aceste substanțe.
  - **Eritemul palmar și plantar** se întâlnește cu frecvența de circa 75% la bolnavii cu ciroză hepatică. Reprezintă o hiperemie simetrică, în pete, a palmelor și a plantelor în regiunile tenară și hipotenară.

Este posibilă și hiperemia vârfurilor degetelor. La compresiune eritemul devine mai pal. Acest simptom se explică prin anevrismele arteriovenoase.

- **Unghiile albe** deseori se combină cu **pielea „de pergament”**, care are aspect îmbătrânit, zbârcită, este uscată, atrofică, de culoare gălbuie. Aspectul tegumentelor este mai reprezentativ pe torace, pe obraji, după urechi, pe mâini, pe degete și este mai exprimat în caz de expunere la soare.
- **Limba netedă și roșie** și **helioza angulară** (fisuri ale comisurii labiale) sunt caracteristice pentru ciroza hepatică. Limba este puțin tumefiată, cu amprente dentare, brăzdată de fisuri. Aceste manifestări pot fi condiționate de staza venoasă și de avitaminoză. Deseori limba hepatică se asociază cu **buze** caracteristice – roșii, netede, „de lac”.
- **Ginecomastia** la bărbați, combinată cu **atrofia testiculară** reflectă dereglările endocrine, cauzate de tulburarea metabolismului estrogenilor în ficatul afectat sau de reducerea sintezei de testosteron; la femei – **atrofia glandelor mamare, dereglări ale ciclului menstrual**.
- **Sindrom hemoragic**: epistaxis, gingivoragii, erupții petesiale, echimoze, hematoame subcutanate, hemoragii gastrointestinale, hemoroidale.
- **Ictericitatea sclerelor**, a mucoaselor, a pielii.
- **Sindrom edematos-ascitic** este o manifestare vizibilă a hipertensiunii portale și a lezării parenchimului hepatic. În cazurile de compresiune a venei cave inferioare, de rînd cu ascita, se observă și edemul membrelor inferioare și al scrotului

#### **Caseta 8. Sindromul de hipertensiune portală**

- **Venele dilatate** ale peretelui abdominal anterior reprezintă anastomoze între sistemul venos portal și cel al venelor cave inferioară și superioară. Anastomozele din jurul ombilicului au denumirea de „**capul meduzei**”. Prin colateralele situate cranial de ombilic, sîngele portal nimerește în vena cavă superioară, iar prin colateralele situate mai jos de ombilic – în vena cavă inferioară. În cazurile cu bloc al circulației la nivelul venei cave inferioare, se dezvoltă colaterale între venele cavă inferioară și cea superioară, care se situează în regiunile laterale ale peretelui abdominal anterior.
- **Ascita** este o manifestare vizibilă a hipertensiunii portale și a lezării parenchimului hepatic. În cazurile de compresiune a venei cave inferioare, de rînd cu ascita, se observă și edemul membrelor inferioare și al scrotului.

### **C.2.4.3. Investigații paraclinice**

#### **C.2.4.3.1. Scheme de investigații paraclinice**

#### **Caseta 9. Lista intervențiilor și procedurilor diagnostice la nivel consultativ specializat**

- Teste și proceduri diagnostice pentru confirmarea CH și gradul de insuficiență hepatică (conform Protocolului clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”)

plus

#### **Obligatorii:**

- Evaluarea encefalopatiei clinic și prin teste psihometrice (testul de unire a cifrelor)
- Potasiul, Sodiul
- Ureea, Creatinina

#### **Recomandate:**

- Alte testări psihometrice (testul de scris)
- Valoarea punctajului după scara de apreciere a conștienței Glasgow.
- EEG
- EcoEG
- Tomografia computerizată cerebrală (pentru diagnostic diferențial)
- Rezonanța magnetică nucleară cerebrală (pentru diagnostic diferențial)
- Consultația medicului neurolog (pentru diagnostic diferențial)

**Tabelul 4. Lista intervențiilor și procedurilor diagnostice obligatorii la nivel de staționar**

Intervenții și proceduri diagnostice	Frecvența
Intervenții și proceduri diagnostice pentru confirmarea CH și monitorizarea insuficienței hepatice conform PCN „Ciroza hepatică compensată la adult” plus	
<b><i>EH latentă, stadiul I, II:</i></b>	
• Evaluarea encefalopatiei prin metode clinice și teste psihometrice	1 în 3-4 zile
• Potasiul, Sodiul	o dată (repetată – după indicații)
• Ureea, Creatinina	o dată (repetată – după indicații)
<b><i>EH stadiul III- IV</i></b>	
• Evaluarea encefalopatiei prin metode clinice și teste psihometrice	1 în zi
• Potasiul, Sodiul	o dată în 2-3 zile
• Ureea, Creatinina	o dată în 2-3 zile

**Tabelul 5. Lista intervențiilor și procedurilor diagnostice recomandate la nivel de staționar**

Intervenții și proceduri diagnostice	Indicații
Intervenții și proceduri diagnostice pentru confirmarea CH și monitorizarea insuficienței hepatice conform PCN „Ciroza hepatică compensată la adult” plus	
Alte testări psihometrice (testul de scris etc.)	Depistarea precoce a EH
Valoarea punctajului după scara de apreciere a conștienței Glasgow	Aprecierea gradului de inhibare a conștienței în EH stadiul III și IV
EEG	Confirmarea și aprecierea gradului de encefalopatie
EcoEG	Diagnostic diferențial al genezei encefalopatiei
Tomografia computerizată cerebrală	Diagnostic diferențial al genezei encefalopatiei
Rezonanța magnetică nucleară cerebrală	Diagnostic diferențial al genezei encefalopatiei
Consultația medicului neurolog	Diagnostic diferențial al genezei encefalopatiei
Dozarea amoniemiei	Diagnostic diferențial al genezei encefalopatiei

**C.2.4.3.2. Descrierea metodelor și tehnicilor diagnostice specifice ale EH****C.2.4.3.2.1. Teste psihometrice**

**Caseta 10. Teste psihometrice de evaluare a tulburărilor neuropsihice** (sunt caracteristice encefalopatiei de diversă geneză)

- **Test de unire a cifrelor (testul Reitan)** – test de conectare mecanică a primelor 25 de numere care trebuie efectuat în maximum 40 secunde. Orice depășire caracterizează encefalopatie (vezi anexa 1).

- **Test de conturare a figurilor punctate**

- **Test de construire din bețe de chibrit a figurilor simple geometrice**

- **Proba de scris**

Modificările esențiale de scris, imposibilitatea de a desena sau a construi figuri simple geometrice apar în stadiile tardive ale EH (stadiile II-III) concomitent cu apariția „flapping tremorului”.

**C.2.4.3.2.2. Metodele instrumentale****Caseta 11. Metode electroneurofiziologice**

- **Electroencefalograma.** Modificările EEG constau în încetinirea ritmului undelor de activitate electrică cerebrală cu apariția ritmului delta și generalizarea undelor teta. Gradarea anomaliilor EEG în EH:

A. Suprimarea generală a ritmului alfa

B. Ritm alfa instabil pe fondul căruia apar episoade de 5-7 cicluri secundă

C. Unde de 5-6 cicluri secundă bilateral, ritm alfa ocazional

D. Ritm constant de 5-6 cicluri secundă în tot creierul

E. Unde de 2-3 cicluri secundă bilateral, începând în lobiile frontali cu răspândire ulterioară în regiunea occipitală

- **Electroencefalograma cu analiza computerizată (cuantificată)** simplifică diagnosticarea encefalopatiei.

*Modificările EEG nu sunt specifice EH.*

#### **Caseta 12. Metode imagistice în EH**

- **Tomografia computerizată**
- **Rezonanța magnetică nucleară**
- **EcoEG**
- **Tomografia cu emisie de protoni**

Metodele imagistice sunt recomandate pentru diagnosticul diferențial cu patologia cerebrală vasculară sau formațiuni de volum etc. (mai ales la pacienții în precomă și comă). Un aspect normal al tomografiilor computerizate pledează pentru encefalopatia metabolică, inclusiv hepatică, deoarece exclude leziuni organice.

#### **C.2.4.3.2.3. Metodele de laborator**

##### **Caseta 13. Parametrii biochimici în EH**

- **Aprecierea amoniemiei** în sângele venos poate fi utilă când nu a fost confirmată patologia hepatică și în lipsa altor cauze de dereglare a conștiința. Însă această analiză necesită efectuarea imediată după colectarea sângelui în laborator specializat. La 90% dintre bolnavii cu EH este crescut nivelul amoniacului în sânge. Depistarea concentrației normale de amoniac nu exclude diagnosticul.
- **Coeficientul Fisher** – raportul dintre aminoacizii aromatici și ramificați.
- **Teste biochimice care vizează afectarea funcției hepatice:**
  - *alterarea funcției de sinteză* (reducerea indicelui protrombinic, a fibrinogenului; hipoalbuminemie etc.)
  - *reducerea funcției de dezintoxicare* (vezi Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”).

#### **C.2.4.4. Diagnosticul diferențial**

##### **Caseta 14. Diagnosticul diferențial al EH**

**Encefalopatia hepatică este un diagnostic de excludere.** Simptomatologia neuropsihică a EH necesită excluderea altor cauze de encefalopatie:

- **Tulburări metabolice**
  - Hipoglicemie
  - Dezechilibru electrolitic
  - Uremie
  - Hipercapnie de diferite etiologii
  - Cetoacidoză diabetică sau de alte etiologii
  - Hiperamoniemie nonhepatică (tulburare congenitală a ciclului ureogenetic, sindrom Rey
  - În endocrinopatii: hipotiroidism, boala Addison etc.
- **Encefalopatii toxico-medicamentoase**
  - Alcoolice: intoxicații acute, sindrom de servaj, sindrom Wernicke-Korsakoff
  - Intoxicații medicamentoase: anxiolitice, barbiturice etc.
  - Intoxicații cu droguri psihoactive
  - Intoxicații cu metale grele etc.
- **Leziuni neurologice intracraniene:**
  - Accidente cerebrale vasculare
  - Formațiuni de volum (tumori, abcese)
  - Encefalite, meningite etc.
- **Dereglările neuropsihiatrice**

Diferențierea EH de alte cauze de dereglare a conștiința poate fi dificilă la pacienții cu CH, cu atât mai mult cu cât CH poate coexista cu alte afecțiuni neuropsihice. Prezența semnelor neurologice de focar nu sunt caracteristice EH. În favoarea diagnosticului pozitiv de EH este ameliorarea disfuncției cerebrale, după procedurile de evacuare colonică, administrare de lactuloză

**Tabelul 6. Diagnosticul diferențial al encefalopatiei hepatice**

Semne clinice	Encefalopatie hepatică	Sindromul Wernicke	Deliriul alcoolic	Hematom subdural
Semn tipic	Asterixis	Nistagm	Halucinații	Dureri la percuția craniului
Anamneză	Factori precipitanți	Alcoolism+alimentație insuficientă	Abstenență îndelungată	Traumă (poate fi amnezic)
Dezorientare în spațiu și timp	Apare la sfârșitul stadiului II	Deseori apare la debut	Pronunțată	Diferită
Comportament	Liniștit, în stadiul III – agresiv	Liniștit-apatic	Agitație pronunțată	Diferit
Halucinații	Foarte rar	-	++++	-
Fobie	-	-	+++	-
Motorică	Încetinită	Necoordonată, mai ales în timpul mersului	Agitație motorie pronunțată	Depinde de localizare
Tremor	Asterixis	-	De amplitudine mică și medie	Sindrom de leziune în focar
Vorbire	Încetinită	Fără modificări	Rapidă	
Semne oculare	-	Nistagm, pareză oculară	-	Pupila schimbată în funcție de gradul de compresie
Convulsii	-	-	++++	+

#### C.2.4.5. Criterii de spitalizare

##### Caseta 15. Criteriile de spitalizare

- EH stadiul II-IV
- Progresarea continuă a semnelor de EH pe fundalul terapiei adecvate
- EH apărută după hemoragie gastrointestinală
- EH apărută după intervenții chirurgicale
- EH apărută pe fundalul infecțiilor

#### C.2.4.6. Tratamentul EH

##### Caseta 16. Obiectivele tratamentului EH

- Identificarea, înlăturarea și controlul adecvat al factorilor precipitanți (caseta 4)
- Manifestările clinice ale EH încetează după stoparea hemoragiei digestive, lichidarea focarului de infecție, a anemiei, normalizarea echilibrului electrolitic și restituirea volumului de sânge circulant, reducerea aportului de proteine în alimentație etc.
- Combaterea hiperamoniemiei
    - Reducerea amoniogenezei și absorbției enterale
    - Regim dietetic hipo- sau aprotic
    - Îndepărtarea florei intestinale amoniogene
    - Îndepărtarea amoniului tisular
  - Îmbunătățirea neurotransmiterii

##### C.2.4.6.1. Modificări de comportament

##### Caseta 17. Măsuri generale și dietetice

- **Modificări de comportament** recomandate pentru pacienți cu CH (vezi Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”)
- **Regim la pat**, la respectarea căruia scade producția amoniacului în mușchi, este recomandat în EH avansată. Când se ameliorează starea clinică, regimul la pat nu este binevenit, deoarece are loc atrofia musculară și crește catabolismul proteic al mușchilor.



- **Regim dietetic**
  - **Restricție proteică alimentară.** În EH avansată conținutul de proteine în alimentație nu trebuie să depășească 20-30 g/zi. După ameliorarea simptomatologiei, la fiecare 3 zile se adaugă câte 10 g proteine, până la nivelul de 1-1,5 g proteine/1kg masă corp. Sunt de preferat proteinele vegetale și din lactate. Abținerea îndelungată de la proteine nu este acceptată, deoarece astfel se induce catabolismul proteinelor endogene și creșterea nivelului de compuși azotați în sânge. Excepție fac persoanele cu intoleranța proteică (care se stabilește clinic și psihometric după mîncarea proteică).
  - **Recomandări dietetice pentru pacienți cu CH** (vezi Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”).
- **Alimentație specială în caz de EH stadiul III, IV.** Pentru prevenirea catabolismului proteic endogen rația calorică trebuie să fie 1500-2000 de kcal/zi prin alimentație orală, prin sonda nazogastrală sau parenterală.
  - **Alimentație prin sondă nazogastrală** cu amestecuri speciale asigură necesarul energetic, proteic, glucidic, lipidic și de minerale. Se începe alimentația cu doze mici 30 ml/oră, crescînd cu 10 ml la fiecare 6 ore, pînă la 125 ml/oră. Se cunosc următoarele amestecuri pentru bolnavii hepatici: Nutrihep (Nestle), Frezubip-hepa (Frezenius-Cabi, Germania), cu conținut minim, doar 2% de aminoacizi aromatici și conținut majorat (pînă la 50%) aminoacizi cu lanț ramificat, care sunt recomandate pacienților cu insuficiență hepatică și encefalopatie hepatică.
  - **Alimentație parenterală:**
    - Glucoza (soluție de 20-60%) se utilizează cu scop energetic (4 kcal/g);
    - Aminoacizii asigură 4 kcal/g. O particularitate a soluțiilor de aminoacizi pentru bolnavii cu EH este cantitatea redusă de aminoacizi aromatici (fenilalanina, tirozina) și a metioninei, dar cu creșterea conținutului de arginină (6-10 g/l) și a aminoacizilor esențiali cu lanț ramificat (valina, leucina, izoleucina – 43,2 g/l): Aminoplasma- Hepa, Hepasol Neo etc.
    - Emulsiile lipidice de asemenea reprezintă substraturi energetice. Trigliceridele cu lanț mediu duc la restabilirea funcției hepatocitelor, măresc viteza de utilizare a trigliceridelor, asigurînd eliminarea energiei.
- **Evacuarea conținutului intestinal**
  - **Clisme evacuatoare** (obligatorie în EH după hemoragii gastrointestinale) constituie măsura rapidă de îndepărtare a florei amoniogene, pot fi făcute cu lactuloză sau fosfat de sodiu
  - **Laxative.** Dizaharide neabsorbabile (Lactuloză, Lactitol) sunt preferabile deoarece nu provoacă pierderi mari de electroliți.

#### C.2.4.6.2. Terapie medicamentoasă a EH

Tabelul 7. Lista intervențiilor și serviciilor pentru tratamentul ambulator al EH

Metode terapeutice	Indicații	Posologie, durata și periodicitatea tratamentului
<b>Tratament de bază</b>		
Dizaharide neabsorbabile Lactuloza sau Lactitol**	EHL	5-30 ml/zi
	EH stadiul I	30-60 ml/zi (scopul 2 scaune semisolide/zi)
	EH stadiul II	30-60-90 ml/zi (scopul 2 scaune semisolide/zi)
Antibiotice neabsorbabile sau mai puțin absorbabile Rifaximină sau Metronidazol	EH stadiul I, II	400 mg 2 ori/zi, 5-7 zile
		250 mg 2 ori/zi, 7 zile
<b>Tratament recomandabil</b>		
Aminoacizi • L-ornitină-L-aspartat sau • Ademetionina sau • Arginina aspartat	EH stadiul I, II	5 g 2-3 ori/zi, 2 săptămîni
		400-1600 mg/zi, 2 săptămîni
		1-2 g/zi (1-2 fiole buvabile)
Enterosorbenți	EHL, EH stadiul I,II	Cărbune activat, Enterodez, Enterosgel, Polifepan în doze standard

\*\* - nu este înregistrat în RM

**Tabelul 8. Lista intervențiilor și serviciilor pentru tratamentul în spital al EH**

Metode terapeutice	Indicații	Posologie, durata și periodicitatea tratamentului
<b>Tratament de bază</b>		
Dizaharide neabsorbabile Lactuloza <i>sau</i> Lactitol*	EHL	5-30 ml/zi
	EH stadiul I	30-60 ml/zi (scopul 2 scaune semisolide/zi)
	EH stadiul II	30-60-90 ml/zi (scopul 2 scaune semisolide/zi)
Antibiotice neabsorbabile sau mai puțin absorbabile	EH stadiul II	
Rifaximină <i>sau</i>		400 mg 2-3 ori/zi, 5-7 zile
Metronidazol		250 mg 2-3 ori/zi, 7 zile
<b>Tratament recomandat</b>		
Aminoacizi:	EHL, EH stadiul I, II	Intern:
• L-ornitină-L-aspartat <i>sau</i>		5 g 2-3 ori/zi, 2 săptămâni
• Ademetionina <i>sau</i>		400-1600 mg/zi, 2 săptămâni
• Arginină aspartat <i>sau</i>		1-2 g/zi (1-2 fiole buvabile)
• Sol. aminoacizi parenteral:	EH stadiul I, II	
○ Acidul aspartic, arginina		Hepasol Neo* 500 ml perfuzii i/v
○ Aminoplasmal Hepa 10%		500 ml perfuzii i/v
○ Ademetionina		400-800 mg/zi i/v sau i/m
○ L-ornitină-L-aspartat		perfuzii i/v 20-40g/zi, 5g/oră <i>sau</i> per os 10-15 g/zi
○ Ornitin- $\alpha$ -cetoglutareat**		perfuzii i/v 15-25 g/zi sau i/m 2-6g/zi
○ Acidul glutamic	Sol. 1% 300-500ml perfuzii i/v	
Flumazenil	EH provocată de administrarea benzodiazepinelor și a sedativelor	0,4-1 mg/zi i/v
Enterosorbenți	EHL, EH stadiul I,II	Cărbune activat, Enterodez, Enterosgel, Polifepan în doze standard

\* - preparat compus

\*\* - nu este înregistrat în RM

**Tabelul 9. Lista intervențiilor și serviciilor pentru tratamentul în secțiile de terapie intensivă al EH stadiul III și IV**

Etape principale	Conținutul etapei
Măsurile generale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repaus la pat în poziție „head-up” (30-40°)</li> <li>• Monitoring al tensiunii arteriale, pulsului, diurezei etc.</li> <li>• Cateterizarea venei centrale</li> <li>• Sonda nazogastrală</li> <li>• Clisme evacuatoare</li> </ul>
Alimentație	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regim fără proteine</li> <li>• Amestecuri pentru bolnavii hepatici: Nutrihep, Frezubip-hepa</li> <li>• Perfuzii i/v sol. 5% de glucoză</li> <li>• Aminoacizi cu cantitatea redusă de aminoacizi aromatici (sol. Aminoplasmal-Hepa* 10%, Hepasol Neo*)</li> <li>• Emulsii lipidice</li> </ul>
• prin sonda nazogastrală <i>sau/și</i>	
• parenterală	

Identificarea și combaterea factorilor precipitanți (casetă 4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspendarea benzodiazepinelor</li> <li>• Suspendarea diureticelor</li> <li>• Corectarea hipovolemiei (după hemoragie digestivă, administrarea excesivă a diureticelor)</li> <li>• Combaterea hemoragiei digestive, infecției etc.</li> </ul>
Monitoring și corectare a echilibrului electrolitic	Perfuzii i/v sol. Clorură de potasiu 4%, sol. Clorură de sodiu 0,9% etc.
Monitoring și corectare a glicemiei	Perfuzii i/v sol. de Glucoză în hipoglicemie Insulină - în hiperglicemie
Corectarea hipoalbuminemiei	Perfuzii i/v a albuminei, Sol. de aminoacizi cu cantitatea redusă de aminoacizi aromatici (sol. Aminoplasma-Hepa* 10%, Hepasol Neo*)
<p>Reducerea hiperamoniei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuarea producerii de amoniac în tubul digestiv</li> </ul> <p>• Stimularea metabolizării tisulare a amoniacului</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactuloză 30-120 ml/zi prin sonda nazogastrală sau în clisme</li> <li>• Rifaximină 400 mg 2-3 ori/zi prin sonda nazogastrală sau Metronidazol 250-750 mg/zi peroral sau parenteral și/sau Ciprofloxacina 200-400mg/zi în perfuzii i/v</li> <li>• Irigarea ortogradă a intestinului cu soluție de Manitol (2000 ml-10%/zi prin sonda nazogastrală pînă la dispariția sîngelui în masele fecale).</li> <li>• L-ornitina-L-aspartat perfuzii i/v 20-40 g/zi, 5g/oră, apoi per os 15g/zi</li> <li>• Ornitin-<math>\alpha</math>-cetoglutareat** perfuzii i/v 15-25 g/zi sau i/m 2-6g/zi</li> <li>• Hepasol Neo* 500ml perfuzii i/v</li> <li>• Ademetionină 400-800 mg/zi i/v sau i/m</li> <li>• Sol. Acid glutamic 1% 300-500ml în perfuzii i/v</li> </ul>
Îmbunătățirea neurotransmiterii	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flumazenil 0,4-1 mg/zi i/v (în caz de EH provocată de administrarea benzodiazepinelor)</li> <li>• Bromocriptină 30 mg/zi (în caz de EH necontrolată cu alte medicamente)</li> </ul>
Profilaxia hemoragiilor din leziunile eroziv-ulceroase ale mucoasei tubului digestiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antagoniștii receptorilor H<sub>2</sub>-histaminici (Famotidină i/v sau intern)</li> <li>• Inhibitorii pompei protonice (Omeprazol, Lansoprazol, Rabeprazol peroral)</li> </ul>
Corectarea coagulopatiei	Plasmă proaspăt congelată
Tratamentul antibacterian în caz de infecție concomitentă (pneumonie, peritonită etc.) sau risc înalt de infecție	Ampicilină, Amoxicilină+Acid clavulonic, Cefalosporine generațiile II-III, Metronidazol în doze terapeutice medie
Corectarea hipertensiunii portale	Vezi Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”

\* - preparat compus; \*\* - nu este înregistrat în RM

#### C.2.4.6.3. Suportul hepatic artificial

##### Casetă 18. Sisteme suportive hepatice extracorporale

Pentru ameliorarea funcției de detoxicare au fost create diverse *sisteme suportive hepatice extracorporale* începînd cu hemodializa și plasmafereza și terminînd cu sisteme biologice și bioartificiale hibride, în care detoxicarea se realizează cu ajutorul hepatocitelor umane sau xenogenice (porcine etc.) și a absorbantilor (albumină, cărbune etc.).

Dintre sistemele de detoxicare nonbiologice cele mai eficiente sunt:

- sistema de dializa cu albumină MARS (*Molecular Absorbents Recirculating System*),
- sisteme bazate pe principiul epurării prin hemodiabsorbție BioLogicDT
- și prin hemodiabsorbție asociată plasmaferezei BioLogicDTPF.

Cu toate că sistemele suportive hepatice sunt eficiente pentru detoxicare, mai ales în cazuri de EH acută, ele au dezavantajele principale – absența sau potențial redus de suplere a funcțiilor hepatice de sinteză și de metabolizare.

#### **C.2.4.6.4. Intervenții chirurgicale**

EH poate fi cauzată, la o parte de pacienți, de șuntul spontan portosistemic (splenorenal, gastrorenal). Vizualizarea șuntului este posibilă prin tehnici ultrasonore sau angiografice. Șuntul spontan portosistemic poate fi înlăturat prin metode microinvazive (ocluzie prin tehnici radiologice) sau prin intervenții chirurgicale.

**Transplantul de ficat** este unica metodă pentru bolnavii cu EH rezistentă la tratament și pentru insuficiența hepatică terminală.

#### **C.2.4.7. Supravegherea pacienților**

Bolnavii cu CH compensată necesită control medical activ pentru diagnosticarea precoce și tratamentul adecvat al EHL (vezi Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”).

**Tabelul 10. Supravegherea pacienților cu EH de către medicul specialist**

<b>Intervenții și proceduri diagnostice</b>	<b>Indicații</b>	<b>Frecvența</b>
Intervenții și proceduri diagnostice conform Protocolului clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”		
<b>Obligatoriu</b>		
Control medical	EHL, EH stadiul I - III	2 ori/an Plus după indicații (în caz de progresare a EH)
Evaluarea encefalopatiei clinic și prin teste psihometrice (testul de unire a cifrelor)		
Potasiul, Sodiul, Ureea, Creatinina		
<b>Recomandat</b>		
Alte testări psihometrice	EH stadiul III	După indicații
Valoarea punctajului după scara de apreciere a conștienței Glasgow		
EEG	Pentru diagnostic diferențial	
EcoEG		
Tomografia computerizată cerebrală		
Rezonanța magnetică nucleară cerebrală		
Consultația medicului neurolog		

#### **C.2.5. Stările de urgență**

##### **Caseta 19. Stările de urgență în EH**

- EH stadiul III și IV reprezintă stare de urgență.
- EH stadiul III și IV reprezintă indicație pentru spitalizare în secție de terapie intensivă.
- Intervenții și proceduri diagnostice sunt reflectate în tabelele 4 și 5
- Lista intervențiilor și serviciilor pentru tratament al EH stadiul III și IV este reflectată în tabelul 9.

**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

<p><b>D.2. Policlinica consultativă</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic gastroenterolog certificat</li> <li>• medic neurolog</li> <li>• medic chirurg/gastrochirurg</li> <li>• medic specialist în diagnostic funcțional</li> <li>• radiolog</li> <li>• medic de laborator</li> <li>• laborant cu studii medii</li> <li>• asistente medicale</li> </ul> <hr/> <p><b>Aparate, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• necesare pentru confirmarea și monitorizarea CH (<i>vezi Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”</i>)</li> <li>• materiale tipografice pentru efectuarea „Testului de unire a cifrelor” (anexa 1)</li> <li>• acces pentru efectuarea examinărilor: EEG, EcoEG, tomografia computerizată cerebrală, rezonanța magnetică nucleară cerebrală</li> </ul> <hr/> <p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• necesare pentru tratament al CH (<i>vezi Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”</i>)</li> <li>• Lactuloză</li> <li>• Rifaximină</li> <li>• Metronidazol</li> <li>• Aminoacizi (intern): L-ornitina-L-aspartat, Ademetionina</li> <li>• Enterosorbenți (Cărbune activat, Enterodez, Enterosgel, Polifepan).</li> </ul>
<p><b>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secțiile de terapie ale spitalelor raionale, municipale</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic internist</li> <li>• medic specialist în diagnostic funcțional</li> <li>• medic specialist în ultrasonografie și endoscopie</li> <li>• medic-imagist</li> <li>• asistente medicale</li> <li>• laboranți cu studii medii</li> <li>• medici de laborator</li> <li>• acces la consultații calificate: gastrolog/hepatolog, neurolog, nefrolog, endocrinolog, chirurg/gastrochirurg.</li> </ul> <hr/> <p><b>Aparate, utilaj:</b> aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor necesare pentru confirmarea și monitorizarea CH (<i>vezi PCN „Ciroza hepatică compensată la adult”</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• materiale tipografice pentru efectuarea „Testului de unire a cifrelor” (anexa 1)</li> <li>• acces pentru efectuarea examinărilor: EEG, EcoEG, tomografia computerizată cerebrală, rezonanța magnetică nucleară cerebrală</li> </ul> <hr/> <p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• necesare pentru tratament al CH (<i>vezi PCN „Ciroza hepatică compensată la adult”</i>)</li> <li>• Emulsii lipidice pentru alimentați parenterală</li> <li>• Lactuloza</li> <li>• Antibiotice (Ampicilină, Amoxicilină+Acid clavulanic; Cefalosporine generațiile II-III, Ciprofloxacina, Rifaximină etc.)</li> <li>• Metronidazol</li> <li>• Aminoacizi: Acidul glutamic, L-ornitina-L-aspartat, Ademetionina,</li> </ul>

	<p>Arginina aspartat, Hepasol Neo*, sol. Aminoplasma Hepa* 10%, Acidul glutamic, Ornitin-<math>\alpha</math>-cetoglutareat**</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flumazenil</li> <li>• Sol. Clorură de potasiu 4%; Sol. Clorură de sodiu 0,9%; sol. Glucoză 5%</li> <li>• Enterosorbenți (Cărbune activat, Enterodez, Enterosgel, Polifepan).</li> </ul>
<b>D.4. Secțiile de gastrologie/hepatologie</b>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic gastrolog/hepatolog</li> <li>• medic specialist în diagnostic funcțional</li> <li>• medic specialist în ultrasonografie și endoscopie</li> <li>• medic-imagist</li> <li>• asistente medicale</li> <li>• laboranți cu studii medii</li> <li>• medici de laborator</li> <li>• acces la consultații calificate: neurolog, nefrolog, endocrinolog, chirurg/gastrochirurg.</li> </ul>
	<p><b>Aparate, utilaj:</b> aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor necesare pentru confirmarea și monitorizarea CH (vezi PCN „Ciroza hepatică compensată la adult”):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• materiale tipografice pentru efectuarea „Testului de unire a cifrelor” (anexa 1)</li> <li>• acces pentru efectuarea examinărilor: EEG, EcoEG, tomografia computerizată cerebrală, rezonanța magnetică nucleară cerebrală</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• necesare pentru tratament al CH (vezi PCN „Ciroza hepatică compensată la adult”)</li> <li>• Emulsii lipidice pentru alimentați parenterală</li> <li>• Lactuloză</li> <li>• Antibiotice (Ampicilină, Amoxicilină+Acid clavulanic; Cefalosporine generațiile II-III, Ciprofloxacina, Rifaximină etc.)</li> <li>• Metronidazol</li> <li>• Aminoacizi: Acidul glutamic, L-ornitina-L-aspartat, Ademetionina, Arginina aspartat, Hepasol Neo*, sol. Aminoplasma Hepa* 10%, Ornitin-<math>\alpha</math>-cetoglutareat*</li> <li>• Flumazenil</li> <li>• Sol. Clorură de potasiu 4%; Sol. Clorură de sodiu 0,9%; sol. Glucoză 5%</li> <li>• Enterosorbenți (Cărbune activat, Enterodez, Enterosgel, Polifepan).</li> </ul>

\* - preparat compus; \*\* - medicamente nu sunt înregistrate în RM

#### E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori măsurile profilactice în domeniul prevenirii apariției și progresării rapide a EH la pacienți cu CH	1.1. Proportia pacienților adulți cu CH cărora pe parcursul unui an, în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.) privind factorii de risc al apariției și progresării EH de către medicul de familie	Numărul pacienților adulți cu CH cărora, în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.) privind factorii de risc al apariției și al progresării EH de către medicul de familie pe parcursul	Numărul total al pacienților adulți cu CH care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an

No	Scopul protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
			ultimului an x 100	
		1.2. Proportia pacienților adulți cu CH cărora pe parcursul unui an, în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.) privind factorii de risc al apariției și progresării EH de către medicul din staționar	Numărul pacienților adulți cu CH cărora, în mod documentat, li s-a oferit informație (discuții, ghidul pacientului etc.) privind factorii de risc al apariției și al progresării EH de către medicul din staționar pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al pacienților adulți cu CH care au primit tratament în staționar pe parcursul ultimului an
2.	A ameliora depistarea EH în stadiile inițiale	2.1 Proportia pacienților adulți diagnosticați în stadiul latent al EH pe parcursul unui an	Numărul de pacienți adulți diagnosticați în stadiul latent al EH pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al pacienților adulți cu diagnosticul de EH (toate stadiile) care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
3.	A spori calitatea examinării și tratamentului pacienților cu EH	3.1. Proportia pacienților adulți cu EH examinați și tratați conform recomandărilor “PCN EH la adult” în condiții de ambulator pe parcursul unui an	Numărul pacienților adulți cu EH examinați și tratați conform recomandărilor “PCN EH la adult” în condiții de ambulator pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al pacienților adulți cu diagnosticul de EH care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
		3.2. Proportia pacienților adulți cu EH examinați și tratați conform recomandărilor “PCN EH la adult” în staționar pe parcursul unui an	Numărul pacienților adulți cu EH examinați și tratați conform recomandărilor “PCN EH la adult” în staționar pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al pacienților adulți cu EH care au primit tratament în staționar pe parcursul ultimului an
4	A spori numărul de pacienți cu CH, la care EH este controlată adecvat	4.1 Proportia pacienților adulți cu EH supravegheați de către medicul de familie conform recomandărilor “PCN EH la adult” pe parcursul unui an	Numărul pacienților adulți cu EH supravegheați de către medicul de familie conform recomandărilor “PCN EH la adult” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al pacienților adulți cu diagnosticul de EH care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
		4.2 Proportia pacienților adulți cu CH care au	Numărul pacienților adulți cu CH care au	Numărul total al pacienților adulți cu

No	Scopul protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
		dezvoltat EH stadiile III-IV pe parcursul unui an	dezvoltat EH stadiile III-IV pe parcursul unui an x 100	diagnosticul de CH care se află la supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an

**ANEXE**

**Anexa 1. Test de unire a cifrelor**

**TEST DE UNIRE A CIFRELOR**

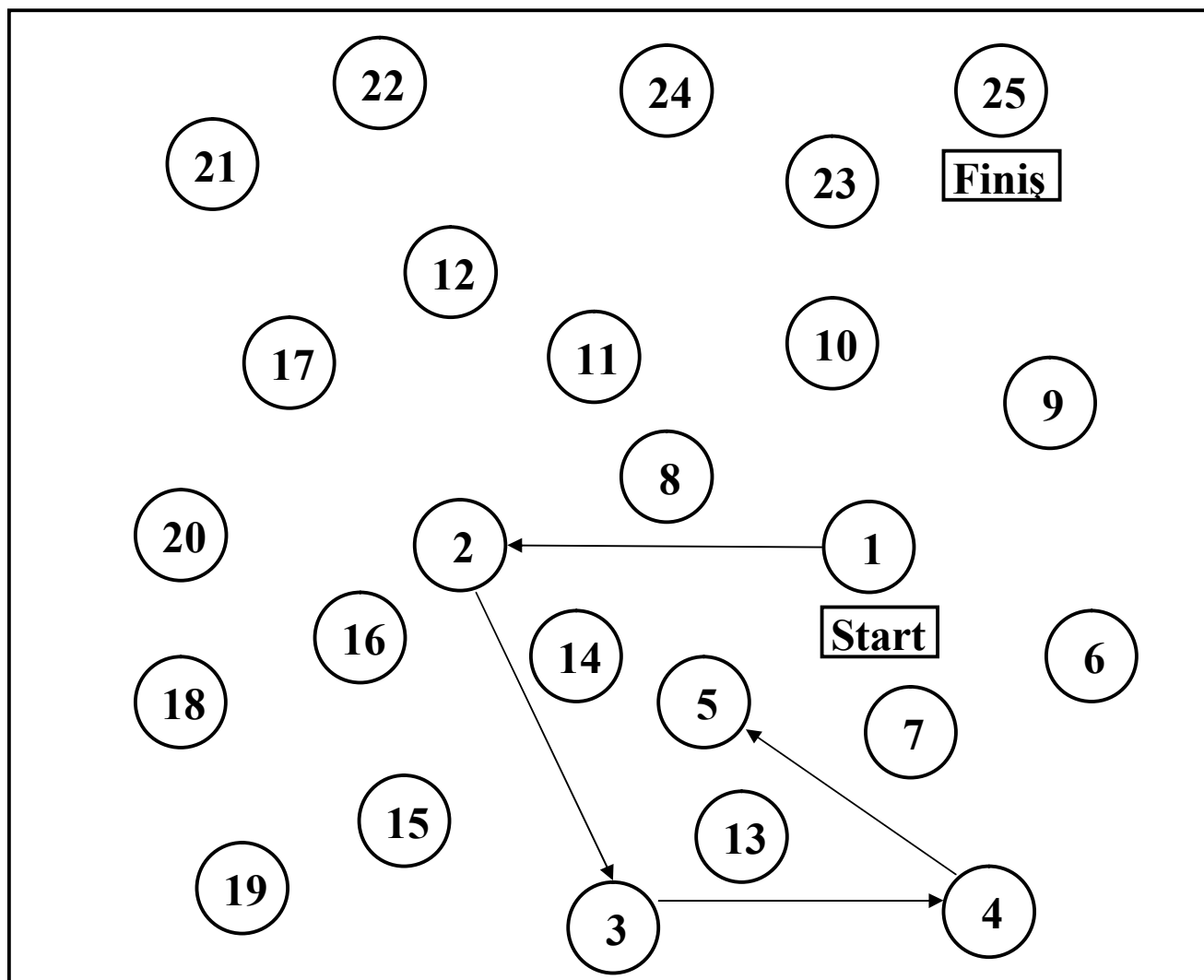
Numele, prenumele \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timpul efectuării testului (sec.) \_\_\_\_\_

Proba de scriere \_\_\_\_\_  
(Numele, prenumele)

Timp, sec.	Stadiul encefalopatiei
< 40	EH nu este
40-60	EH latentă
61-90	I, I-II
91-120	II
121-150	II-III
> 150	III

**Pretest (test prealabil)**





### TEST DE UNIRE A CIFRELOR

Numele, prenumele \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timpul efectuării testului (sec.) \_\_\_\_\_

Proba de scriere \_\_\_\_\_  
(Numele, prenumele)

Timp, sec.	Stadiul encefalopatiei
< 40	EH nu este
40-60	EH latentă
61-90	I, I-II
91-120	II
121-150	II-III
> 150	III

#### Varianta I

The diagram shows a large rectangular area containing 25 numbered circles (1 through 25) and two rectangular boxes. The box labeled "Start" is located near circle 1, and the box labeled "Finis" is located near circle 25. The circles are scattered throughout the area, representing a dot-matrix puzzle.

### TEST DE UNIRE A CIFRELOR

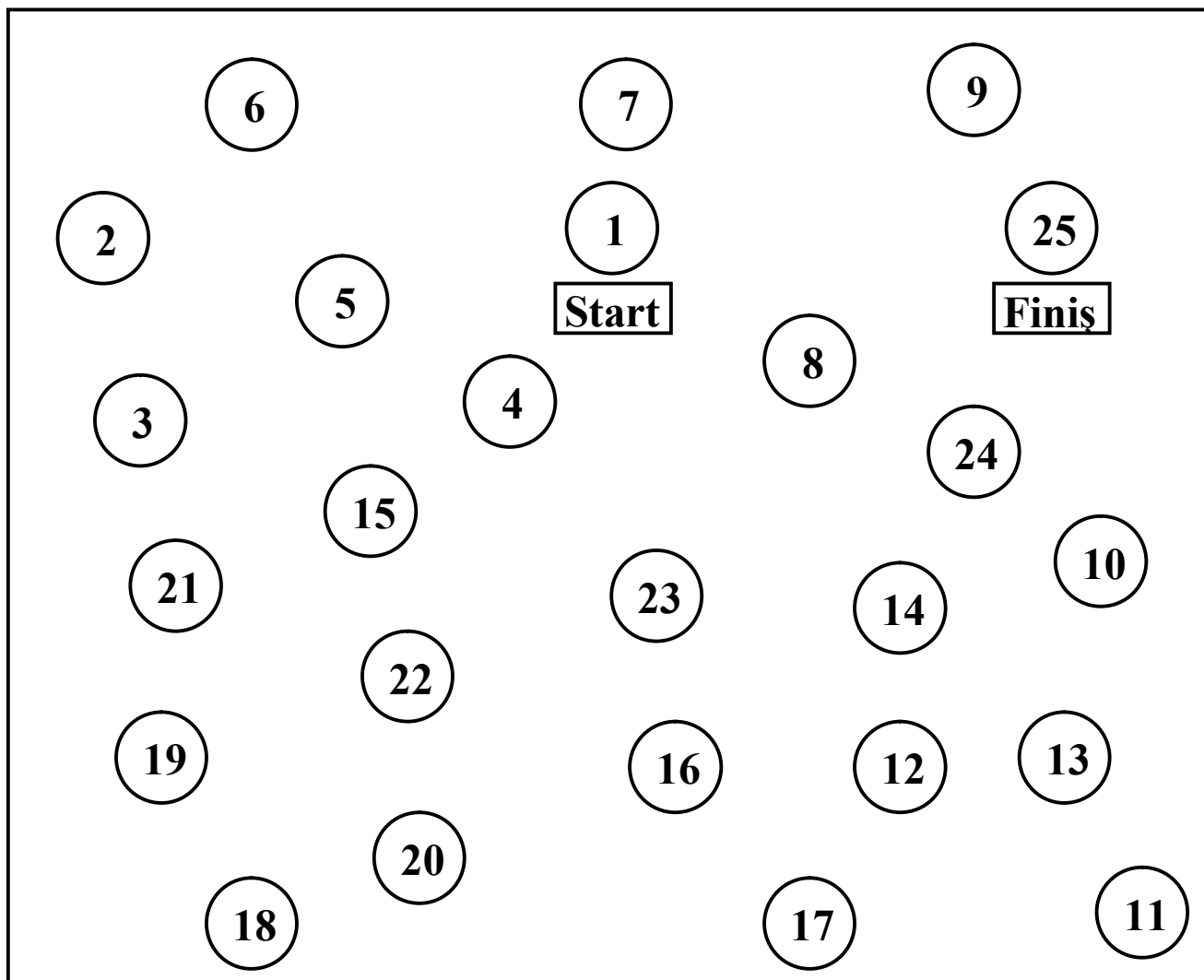
Numele, prenumele \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timpul efectuării testului (sec.) \_\_\_\_\_

Proba de scriere \_\_\_\_\_  
(Numele, prenumele)

Timp, sec.	Stadiul encefalopatiei
< 40	EH nu este
40-60	EH latentă
61-90	I, I-II
91-120	II
121-150	II-III
> 150	III

#### Varianta II



### TEST DE UNIRE A CIFRELOR

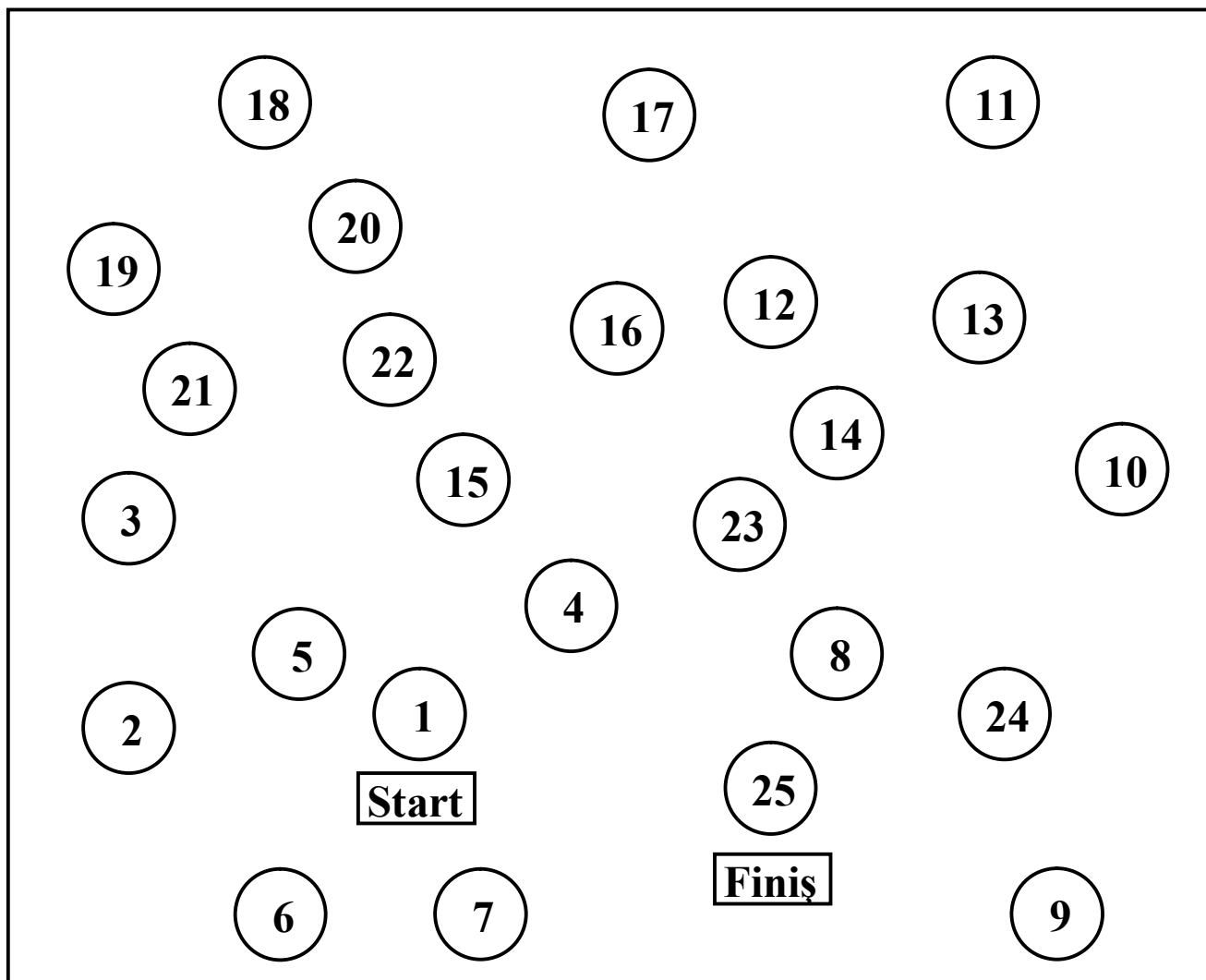
Numele, prenumele \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timpul efectuării testului (sec.) \_\_\_\_\_

Proba de scriere \_\_\_\_\_  
(Numele, prenumele)

Timp, sec.	Stadiul encefalopatiei
< 40	EH nu este
40-60	EH latentă
61-90	I, I-II
91-120	II
121-150	II-III
> 150	III

#### Varianta III



## **Anexa 2. Ghidul pacientului cu EH**

### **Varianta completă - „Ghidul pacientului cu ciroza hepatică” – vezi Protocolul clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”**

**Encefalopatia hepatică** este o afectare reversibilă a creierului de către produșii toxici care nu au fost neutralizați de către ficat, ca urmare a afectării funcției ficatului.

Pentru encefalopatia hepatică sunt caracteristice diferite modificări ale conștiința, intelectului, comportamentului, dereglări neuromusculare. Encefalopatia hepatică poate să nu fie manifestă (nu poate fi observată de către pacient și persoanele din jur), o poate depista doar medicul cu ajutorul testelor speciale.

Cel mai sever grad al encefalopatiei hepatice este **coma** (starea de inconștientă), la baza ei stă insuficiența hepatică acută sau cronică.

#### **Ce poate duce la apariția sau accentuarea encefalopatiei?**

- Abuz de preparate diuretice, vărsăturile, diareea.  
*De ce?* Ele sunt însoțite de o pierdere mare de lichide și dereglarea compoziției electrolitice în sânge.
- Sîngerarea din varicele esofagiene sau ale stomacului, din ulcer gastric și/sau duodenal, din eroziunile mucoasei stomacului și esofagului.  
*De ce?* În timpul sîngerărilor din porțiunile superioare ale tractului gastrointestinal sîngele ajunge în lumenul intestinal unde este metabolizat și absorbit. În rezultat se acumulează o cantitate mare de produși toxici, mai cu seamă amoniac. Compușii toxici nu sunt inactivați în totalitate în ficat, și astfel pătrund în creier. În plus, în aceste condiții, creierul suferă din cauza hipoxiei.
- Infecțiile respiratorii, ale sistemului urinar etc.
- Constipațiile (absorbția crescută a compușilor toxici în intestin)
- Mîncarea bogată în proteine.  
*De ce?* Proteinele sunt principala sursă de formare a amoniacului în intestin. Amoniacul – principalul compus toxic ce acționează asupra creierului.
- Alcoolul (deprimare a sistemului nervos central și acțiune toxică la funcțiile ficatului)
- Utilizarea medicamentelor ce inhibă activitatea creierului (somniferele etc.)

#### **CUM SĂ NE PURTĂM ÎN CONDIȚII CASNICE?**

- Odihniți-vă imediat ce simțiți oboseala
- Ritmicitatea scaunului este foarte importantă pentru pacienții cu ciroză hepatică. Frecvența optimă ar fi un scaun de două ori pe zi. Bolnavilor de ciroză hepatică pentru normalizarea tranzitului intestinal și a compoziției florei intestinale în favoarea celei „benefice” se recomandă utilizarea lactulozei (Dufalac). Lactuloza este un preparat din zahăr sintetic neabsorbabil și nedigerabil, care servește ca sursă principală de energie pentru bacteriile intestinale „benefice” (lacto- și bifidobacteriile). În acest mod bacteriile „malefice” care sintetizează compușii toxici (în primul rînd - amoniacul) rămîn fără sursă de alimentație și decedază. Lactuloza se administrează în acea doză care determină un scaun semiformat, în medie de două ori pe zi. Doza variază de la 1-3 lingurițe la 1-3 linguri. Preparatul nu are contraindicații, poate fi administrat copiilor mici și femeilor gravide.
- Pentru îmbunătățirea digestiei bolnavilor cu ciroză hepatică li se recomandă preparate enzimatice. Alegerea preparatului optim se face cu ajutorul medicului curant.
- Reținerea apei în organism (edeme, ascită) necesită limitarea consumului de sare pînă la 5g pe zi, a lichidelor pînă la 1000-1500 ml pe zi

**Pentru controlul nivelului de conștiență (stadiul encefalopatiei) noi indicăm utilizarea unui test simplu – scrisul. Țineți un zilnic și în fiecare zi scrieți o frază scurtă. Arătați zilnicul rudelor. Imediat ce observați modificarea scrisului, administrați Lactuloza și adresați-vă medicului curant.**

## RECOMANDĂRILE DIETETICE PRINCIPALE IN EH

- Pentru majoritatea pacienților cu ciroză hepatică sunt suficiente 80-100 g proteine și 2500 kcal pe zi.
- La pacienții cu encefalopatie hepatică cronică consumul de proteine în alimentație se reduce pînă la aproximativ 50 g pe zi, preferință acordîndu-se proteinelor vegetale .
- **Alcoolul este absolut contraindicat pacienților cu ciroză hepatică!!!**

## Concluzie

Ciroza hepatică nu este o maladie letală, ea poate fi și trebuie tratată. Pacienții cu encefalopatia hepatică în ciroza hepatică trebuie să fie sub control medical permanent.

**Comportamentul pacientului în condiții casnice determină evoluția bolii!!!**

## BIBLIOGRAFIE

1. *AASLD position paper: the management of acute liver failure.* Polson Jm Lee WM. Hepatology 2005 May; 41(5):1179-97<sup>1</sup>,
2. Akinobu Kato, Yuki Watanabe, Kei Sawara et al. *Diagnosis of sub-clinical hepatic encephalopathy by Neuropsychological Tests.* Hepatology Research, vol. 38, 2007, p. 122-127
3. Blei Andres T., Cordoba Juan and the Practice Parameters Committee of the American Coll. Of Gastroenterology. *Hepatic Encephalopathy. Practice Guidelines.* The american J. Gastroenterol Vol. 96, No 7, 2001, p. 1968-75.
4. Das A, Dhiman RK, Saraswat VA, Verma M, Naik SR. *Prevalence and natural history of subclinical hepatic encephalopathy in cirrhosis.* J Gastroenterol Hepatol 2001 May; 16(5):531-5
5. Falck-Ytter Y., Mc.Cullough A.j. *Cirrhosis.* American College of Physicians. PIER, Physicians Information and Education Resource, 2006.
6. *Hepatologie bazată pe dovezi.* Ghid practic național. Sub redacția V-T. Dumbrava, Chișinău, 2005, 334 p.
7. Iredale, John P. *Cirrhosis: new research provides a basis for rational and targeted treatments.* BMJ. 327: 143-147, 2005
8. Javier Vaquero, Andres T. Blei, Roger F. Butterworth. *Approach to the patient with central nervous system and pulmonary complications of end-stage liver disease.* În: Principles of Clinical Gastroenterology. Sub red. Tadataka Yamada, David H. Alpers, Anthony N. Kalloo et al. 2008 Blackwell Publishing.
9. Langer B, Taylor BR, Mackenzie DR et al. *Further report of a prospective randomized controlled encephalopathy, survival and quality of life.* Gastroenterology, 1985; 88: 424-432
10. *Medicina internă sub. red. C.Babiuc, V.Dumbrava.* Ediția a II-a, volumul II. *Gastroenterologie, hepatologie, reumatologie,* Medicina. Chișinău, 2008.
11. Ryukichi Kumashiro. *Treatment of minimal hepatic encephalopathy.* Hepatology Research, vol. 38, 2007, p. 128-131
12. Zeng Z, Li YY, Nie YQ. *An epidemiological survey of subclinical hepatic encephalopathy // Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi.* 2003 Nov 20;11(11):680-682
13. Zhang L.H., Chong Y.T, Zhang P., et al. *Study on subclinical hepatic encephalopathy in patients with hepatic failure // Zhonghua Gan Zang Bin Za Zhi,* 2003, apr, 11(4): 198
14. *Гастроэнтерология 2006-2007. Клинические рекомендации.* Ред. Ивашкин В.Т., Москва, 2006, стр. 123-147.
15. *Планы ведения больных.* Москва, 2007, с. 238-272.