

MINISTERUL  
SĂNĂTĂȚII  
AL REPUBLICII MOLDOVA



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

# ASCITA ÎN CIROZA HEPATICĂ LA ADULT

Protocol clinic național

Chișinău 2009



MOLDOVA GOVERNANCE  
THRESHOLD COUNTRY PROGRAM

MILLENNIUM  
CHALLENGE  
CORPORATION

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova  
din 05.06.2009, proces verbal nr. 2.**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 175 din 19.06.2009  
cu privire la aprobarea Protocolului clinic național “Ascita în ciroza hepatică la adult”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

<i>Vlada-Tatiana Dumbrava</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Adela Țurcanu</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Iuliana Lupașco</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Svetlana Țurcan</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Vladimir Hotineanu</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Vladimir Cazacov</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Ludmila Tofan-Scutaru</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Elina Berliba</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Elena Maximenco</i>	Programul Preliminar de Țară al “Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

**Recenzenți oficiali:**

<i>Eugen Teaciuc</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Ala Nemerenco</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Grigore Bivol</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Victor Ghicavii</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Valentin Gudumac</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Ivan Zatushevski</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Iurie Osoianu</i>	Compania Națională de Asigurări în Medicină
<i>Maria Bolocan</i>	Consiliul Național de Acreditare și Evaluare

**Coordonator:**

*Mihai Rotaru* Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

**Redactor:** Eugenia Mincu

**Corector:** Tatiana Pîrvu

**EDIȚIA – I**

**Tipărit “T-PAR” SRL, 2009.**

**Tiraj: 2000 ex.**

Această publicație a fost posibilă datorită susținerii generoase a poporului american prin intermediul Programului Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare (Programul pentru Buna Guvernare), implementat de Millennium/IP3 Partners. Programul pentru Buna Guvernare este finanțat de Corporația „Millennium Challenge Corporation” (MCC) și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltare Internațională (USAID) sub auspiciile Programului Preliminar de Țară.

## CUPRINS

<b>ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT</b> .....	<b>5</b>
<b>PREFAȚĂ</b> .....	<b>6</b>
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ</b> .....	<b>6</b>
A.1. Diagnosticul .....	6
A.2. Codul bolii (CIM 10) .....	6
A.3. Utilizatorii .....	6
A.4. Scopurile protocolului .....	7
A.5. Data elaborării protocolului .....	7
A.6. Data următoarei revizuirii .....	7
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului .....	7
A.8. Definițiile folosite în document .....	8
A.9. Informația epidemiologică .....	9
<b>B. PARTEA GENERALĂ</b> .....	<b>10</b>
B.1. Nivel de asistență medicală primară .....	10
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu .....	12
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească .....	13
<b>C.1. ALGORITMI DE CONDUCERE</b> .....	<b>16</b>
C.1.1. Algoritm de depistare a pacientului cu ascită în ciroza hepatică .....	16
C.1.2. Algoritm terapeutic al pacientului cu ascită în ciroza hepatică .....	17
C.1.3. Algoritm terapeutic al pacientului cu ascită refractară în ciroza hepatică .....	18
<b>C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR</b> .....	<b>19</b>
C.2.1. Clasificarea ascitei .....	19
C.2.2. Factorii de risc .....	20
C.2.3. <i>Screening</i> -ul pacienților cu ascită în ciroza hepatică .....	20
C.2.4. Conduita pacientului cu ascită în ciroza hepatică .....	22
C.2.4.1. <i>Anamneza</i> .....	22
C.2.4.2. <i>Examenul clinic</i> .....	22
C.2.4.3. <i>Investigațiile paraclinice</i> .....	23
C.2.4.3.1. Schemele de investigații paraclinice .....	23
C.2.4.3.2. Descrierea metodelor și a tehnicilor .....	24
C.2.4.4. <i>Diagnosticul diferențial</i> .....	24
C.2.4.5. <i>Criteriile de spitalizare</i> .....	25
C.2.4.6. <i>Tratamentul CH cu ascită</i> .....	25
C.2.4.6.1. Modificările de comportament .....	25
C.2.4.6.2. <i>Terapia medicamentoasă</i> .....	26
C.2.4.6.2.1. Schemele de tratament în ascita din CH .....	26
C.2.4.6.2.2. Principiile de tratament medicamentos .....	30
C.2.4.6.2.2.1. <i>Tratamentul diuretic</i> .....	30
C.2.4.6.2.2.2. <i>Tratamentul cu Albumină, Plasmă și cu soluțiile coloidale (plasma expanderi)</i> .....	32
C.2.4.6.2.2.3. <i>Paracenteza terapeutică</i> .....	32
C.2.4.6.2.2.4. <i>Tratamentul chirurgical</i> .....	33
C.2.4.7. <i>Supravegherea pacienților</i> .....	34
C.2.5. <i>Complicațiile ascitei în CH (subiectul protocoalelor separate)</i> .....	35

<b>D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL .....</b>	<b>36</b>
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară.....	36
D.2. Secțiile/ instituțiile specializate de ambulatoriu.....	36
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de terapie ale spitalelor raionale, municipale.....	37
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de gastrologie/hepatologie ale spitalelor municipale și republicane.....	38
<b>E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXE.....</b>	<b>41</b>
Anexa 1. Principiile alimentației raționale.....	41
Anexa 2. Ghidul pacientului cu ascită în ciroză hepatică .....	42
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>43</b>

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AASLD	Asociația Americană pentru Studiul Bolilor Ficatului ( <i>American Association for the Study of the Liver Diseases</i> )
AgHBs	antigen superficial (s) al virusului hepatitic B
ALT	alaninaminotransferaza
anti-HBcor	anticorpi către antigenul <i>cor</i> al virusului B
anti-HBe	anticorpi anti-HBe
anti-HCV	anticorpi către virusul hepatic C
anti-VHD	anticorpi către virusul hepatic D
AST	aspartataminotransferază
CH	ciroză hepatică
ECG	electrocardiogramă
FA	fosfatază alcalină
FGDS	fibrogastroduodenoscopie
GAS-ALA	gradient de albumina serică-albumina lichidului ascitic
GGTP	gamaglutamiltranspeptidază
HCV B	hepatită cronică virală B
HCV C	hepatită cronică virală C
HDL-C	colesterol al lipoproteinelor cu densitatea înaltă ( <i>high density lipoproteins cholesterol</i> )
HTP	hipertensiune portală
HDS	hemoragie digestivă superioară
LA	lichid ascitic
LDL-C	colesterol al lipoproteinelor cu densitatea joasă ( <i>low density lipoprotein cholesterol</i> )
LDH	lactadehidrogenază
PTLA	proteină totală a lichidului ascitic
PBH	puncție biopsie hepatică
PBS	peritonită bacteriană spontană
PMN	polimorfonucleare
RMN	rezonanță magnetică nucleară
TC	tomografie computerizată
TIPS	<i>transjugular intrahepatic portosystemic shunt</i>
USG	ultrasonografie
VHB	virus hepatitic B
VHC	virus hepatitic C
VHD	virus hepatitic D
i.v.	intravenos

## PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS), constituit din specialiștii catedrei Medicină Internă nr. 4, ai Laboratorului de Gastroenterologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, catedrei 2 a Clinicii de Chirurgie nr. 1, 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 Dezvoltare Internațională.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind managementul ascitei în ciroza hepatică la adult și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

## A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

### A.1. Diagnosticul: *Ciroza hepatică*

- Fazele bolii: **activă și neactivă.**
- **Stadiile: subcompensată, decompensată.**
- Complicații: **ascita.**

#### *Exemple de diagnostic clinic:*

*Ciroză hepatică virală (VHB), faza activă. Stadiul Child-Pugh B (7 p).*

*Ciroză hepatică geneză mixtă: virală (VHC)+toxică (etică), faza activă, stadiul Child-Pugh C (11 p). Ascită refractară.*

### A.2. Codul bolii (CIM 10): *R18 Ascita*

### A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- instituțiile/secțiile consultative (gastroenterolog, hepatolog, internist);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, gastroenterolog, hepatolog);
- secțiile de boli interne ale spitalelor raionale, municipale și republicane (interniști);
- secțiile de gastroenterologie și hepatologie ale spitalelor raionale, municipale și republicane (gastroenterologi, hepatologi).

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

#### A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori măsurile profilactice în prevenirea, apariția și în progresia rapidă a ascitei la pacienții cu CH.
2. A ameliora depistarea ascitei, cauzate de CH, în stadiul inițial (I).
3. A spori calitatea examinării și a tratamentului acordat pacienților cu ascită, cauzată de CH.
4. A spori numărul de pacienți cu CH, la care ascita, cauzată de CH, este controlată adecvat.

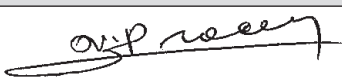


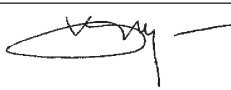




#### A.5. Data elaborării protocolului: aprilie 2009

#### A.6. Data următoarei revizuirii: aprilie 2011

#### A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția deținută
Dr. Dumbrava Vlada-Tatiana, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	șef catedră Medicină Internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”, specialist principal gastroenterolog-hepatolog al MS
Dr. Țurcanu Adela, doctor în medicină	asistent universitar, catedra Medicină Internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Lupașco Iulianna, doctor în medicină, conferențiar cercetător	Laboratorul Gastroenterologie, catedra Medicină Internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Țurcan Svetlana, doctor în medicină, conferențiar cercetător	cercetător coordonator, Laboratorul Gastroenterologie, catedra Medicină Internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Hotineanu Vladimir, Om Emerit, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	Șef catedră 2 Chirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Cazacov Vladimir, doctor în medicină, conferențiar universitar	Catedra 2 a clinicii de Chirurgie nr.1, USMF „Nicolae Testemițanu” specialist principal în chirurgie al MS
Dr. Tofan-Scutaru Liudmila, doctor în medicină	conferențiar, catedra Medicină Internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Berliba Elina, doctor în medicină	asistent universitar, catedra Medicină Internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Maximenco Elena, MPH	expert local în sănătate publică, Programul Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

## Protocolul a fost discutat și aprobat

Denumirea instituției	Persoana responsabilă - semnătura
Catedra Medicină Internă nr. 4, USMF „Nicolae Testemițanu”	
Asociația Medicală de Gastroenterologie și Hepatologie din RM	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Comisia Științifico-Metodică de Profil „Medicină internă”	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

### A.8. Definițiile folosite în document

**Ascită:** acumulare patologică de lichid în cavitatea peritoneală. Este consecința decompensării vasculare (hipertensia portală) și/sau a decompensării parenchimotoase a cirozei hepatice.

**Ascită necomplicată:** ascita care nu este infectată și nu este complicată cu sindromul hepatorenal.

**Ascită refractară:** ascita care nu poate fi mobilizată satisfăcător prin terapia medicamentoasă (doze maxime de diuretice) sau reapare rapid după paracenteza terapeutică.

**Ascită diuretic-rezistentă:** ascită refractară la regim hiposodat și la tratament diuretic intensiv (Spironolactonă 400 mg + Furosemid 160 mg administrat timp de 5-7 zile).

**Ascită diuretic-difilă:** ascita refractară la terapia diuretică, din cauza complicațiilor produse de diuretice, nu permite administrarea dozei adecvate.



## A.9. Informația epidemiologică

Ascita este o complicație a cirozei hepatice și se consideră că într-un interval de timp de 10 ani de la diagnosticul de ciroză hepatică compensată, circa o doime dintre bolnavi dezvoltă ascită [3, 8]. Majoritatea pacienților care prezintă ascită suferă de ciroză hepatică (75%): la 10% dintre bolnavi ascita este de origine tumorală; la 3% - cardiogenă; la 2% - tuberculoasă; la 1% - pancreatogenă sau de alte genere rare [8, 10]. Aproximativ 5% dintre pacienții cu ascită au 2 sau mai multe cauze de formare a ascitei, așa-numita ascita mixtă. De obicei, acești pacienți au ciroză plus încă o careva cauză (carcinomatoza peritoneală sau tuberculoza peritoneală) sau ciroză plus încă 2 cauze (mai frecvent afecțiunile cardiace și nefropatie diabetică) [2, 10].

Ascita reprezintă a treia complicație majoră a cirozei hepatice, celelalte două fiind: encefalopatia hepatică și hemoragia variceală. Circa 10% dintre bolnavii cu ciroză hepatică decompensată dezvoltă ascită refractară [3, 10].

Ascita se poate dezvolta insidios sau să apară rapid. Prima eventualitate denotă deteriorarea progresivă a ficatului. Apariția bruscă a ascitei se poate datora alterării rapide a funcției ficatului prin hemoragii variceale sau ca urmare a asocierii unei hepatite acute etanoloce [1, 2, 3].

Colectarea lichidului în cavitatea abdominală apare atunci când funcția hepatică se deteriorează profund, iar apariția ascitei denotă un prognostic sever [8, 11].

Odată cu instalarea ascitei, se estimează o rată a mortalității la 2 ani de circa 50% [2, 8].

## B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri) I	Motive (repere) II	Pași (modalități și condiții de realizare) III
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia primară	Profilaxia primară are ca obiectiv depistarea precoce a persoanelor cu afecțiuni hepatice și prevenirea progresiei acestor maladii în CH, compensată sau decompensată [8, 11].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informarea populației referitor la modul sănătos de viață:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ excluderea consumului de alcool pentru pacienții cu bolile hepatice;</li> <li>✓ menținerea masei corporale optime (IMC 18,5-25,0);</li> <li>✓ alimentația rațională (anexa I);</li> </ul> </li> <li>• Informarea populației despre măsurile de prevenire a infectării sau a suprainfectării cu virusurile hepatice.</li> <li>• Examinarea activă a grupurilor de risc (tabelul 1).</li> </ul>
1.2. Profilaxia secundară	Profilaxia secundară este direcționată spre reducerea decompensării CH și ulterior, prevenirea dezvoltării ascitei, a peritonitei bacteriene spontane, a hemoragiei digestive superioare, a encefalopatiei hepatice, a sindromului hepato-renal [2, 3].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modificările de comportament (caseta 13).</li> </ul>
1.3. Screening-ul	În 1/3 din cazuri bolnavii cu CH nu prezintă acuze și nu se adresează la medic, ceea ce dictează necesitatea depistării active [1, 2].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examinarea persoanelor din grupul de risc (tabelul 1).</li> </ul>

I	II	III
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de ascită în ciroza hepatică	Ascită din ciroza hepatică se confirmă prin datele anamnestic, rezultatele examenului clinic, ale investigațiilor instrumentale și de laborator, ale paracentezei de diagnostic [1, 5, 11].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza (<i>casetă 7</i>).</li> <li>Examenul clinic (<i>C.2.4.2; caseta 8</i>).</li> <li>Efectuarea diagnosticului diferențial cu alte patologii (<i>tabelul 2</i>).</li> <li>Aprecierea gradului de activitate, a caracterului de evoluție și a prognosticului (<i>casetele 1, 2</i>).</li> </ul>
2.2. Luarea deciziei versus consultația specialistului și/sau spitalizare		<ul style="list-style-type: none"> <li>Se recomandă consultația specialistului gastroenterolog/hepatolog a bolnavilor: 1) cu diagnosticul primar stabilit de CH; 2) cu ascita primar depistată; 3) cu ascita refractară; 4) cu ascita complicată (PBS); 5) pentru efectuarea paracentezei terapeuțice; 6) pentru expertiza vitalității.</li> <li>Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>casetă 12</i>).</li> </ul>
<b>3. Tratamentul ascitei în ciroza hepatică</b>		
3.1. Tratamentul nemedicamentos	Optimizarea regimului de odihnă, a regimului hidric și celui alimentar previne dezvoltarea ascitei în CH [5, 10].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomandările pentru modificările de comportament (<i>casetă 13</i>).</li> </ul>
3.2. Tratamentul medicamentos	Tratamentul medicamentos este indicat în scop de ameliorare a funcției hepatice; diminuarea progresiei cirozei hepatice; și prevenire a dezvoltării ascitei sau a complicațiilor provocate de ascită: ascită refractară, peritonită bacteriană spontană, sindrom hepatorenal ș.a. [9, 10, 11].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamentul medicamentos cu: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ beta-adrenoblocante;</li> <li>✓ diuretice (<i>tabelul 3; casetele 14, 15, 16, 17</i>);</li> <li>- economisitoare de potasiu;</li> <li>- de ansă (<i>casetele 14-19</i>).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ aminoacizi;</li> <li>✓ preparate de potasiu (<i>tabelul 3</i>).</li> </ul>
<b>4. Supravegherea</b>	Se va efectua în colaborare cu specialistul hepatolog/gastroenterolog [11].	<p><b>Obligatoriu pentru toți bolnavii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ o dată la 4 luni (<i>tabelul 8</i>).</li> </ul>

<b>B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu</b>		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Profilaxia</b>		
1.2. Profilaxia secundară	Măsurile profilactice diminuează progresia cirozei hepatice și previn dezvoltarea ascitei sau a complicațiilor ascitei [1, 2, 3].	<b>Obligatoriu:</b> ✓ Modificările de comportament ( <i>caseta 13</i> ).
1.3. <i>Screening</i> -ul	Din punct de vedere subiectiv, cantitățile mici de LA pot fi asimptomatice. Pe măsură ce acesta crește, pacientul poate să auză senzație de distensie abdominală de divers grad. De aceea pentru depistarea activă a bolnavilor cu ascită de divers grad sau cu risc de dezvoltare a ascitei, se recomandă de examinat activ pacienții din grupul de risc [8, 10].	<b>Obligatoriu:</b> ✓ Examinarea activă a persoanelor din grupul de risc ( <i>tabelul 1</i> ).
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de ascită în ciroza hepatică	Diagnosticul CH cu ascită se confirmă prin datele anamnestice, rezultatele examenului clinic, ale investigațiilor instrumentale și de laborator, ale paracentezei de diagnostic [3, 4, 8].	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (<i>caseta 7</i>).</li> <li>• Examenul clinic (<i>C.2.4.20; caseta 8</i>).</li> <li>• Investigațiile paraclinice obligatorii și recomandabile conform indicațiilor (<i>casetele 9, 10</i>).</li> <li>• Cercetarea LA (<i>caseta 11</i>).</li> <li>• Efectuarea diagnosticului diferențial cu alte patologii (<i>tabelul 2</i>).</li> <li>• Aprecierea severității bolii, a evoluției și a prognosticului.</li> </ul>
<b>3. Tratamentul CH cu ascită</b>		
3.1. Tratamentul nemedicamenteos	Optimizarea regimului de odihnă, a regimului hidric și a celui alimentar previne dezvoltarea ascitei în CH [1, 2, 5].	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomandările privind modificările de comportament (<i>caseta 13</i>).</li> </ul>

I	II	III
3.2. Tratamentul medicamentos	Tratamentul medicamentos este direcționat spre reducerea sau spre eliminarea ascitei, precum și spre prevenirea complicațiilor ascitei: peritonită bacteriană spontană, sindrom hepatorenal ș.a. [4, 5, 8].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamentul medicamentos cu:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ beta-adrenoblocante.</li> <li>✓ diuretice:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- economisitoare de potasiu;</li> <li>- de ansă (<i>casetele 14-19</i>).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ aminoacizi;</li> <li>✓ preparate de kalium (<i>tabelul 3</i>).</li> </ul>
4. Supravegherea	Supravegherea se va efectua în colaborare cu medicul de familie [11].	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomandă examinarea complexă o dată la 4 luni (<i>tabelul 9</i>).</li> </ul>

### B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

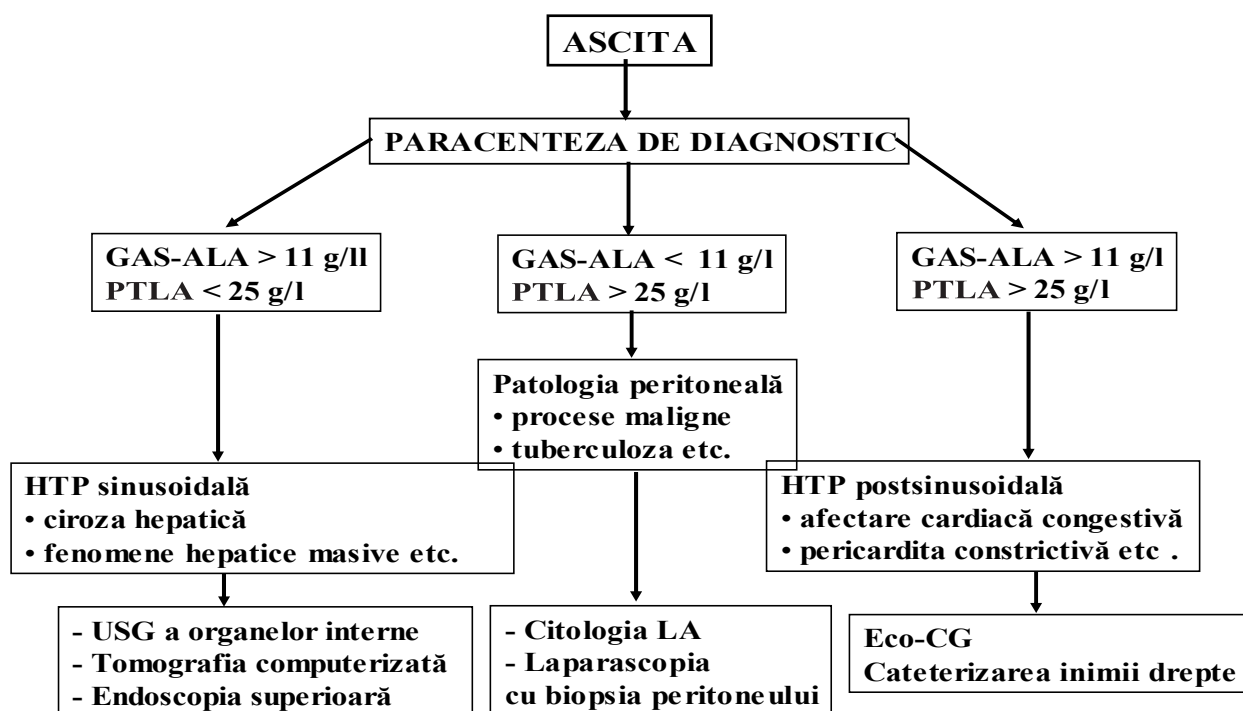
Descriere (măsură)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
1. Spitalizarea	Spitalizarea se va recomanda bolnavilor cu: ascită primară depistată; ascită refractară; CH primar depistată; ascită complicată; evoluție progresivă a bolii [5, 8, 10].	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criteriile de spitalizare (<i>caseta 12</i>).</li> </ul>
<b>2. Diagnosticul</b>		
2.1. Confirmarea diagnosticului de ascită în CH	Diagnosticul de ascită în CH se face în baza unui tablou clinic sugestiv coroborat cu elemente paraclinice [1, 4, 11].	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (<i>caseta 7</i>).</li> <li>• Examenul clinic (<i>C.2.4.2; caseta 8</i>).</li> <li>• Investigațiile paraclinice obligatorii și recomandabile (la necesitate) (<i>C.2.4.3; caseta 9</i>).</li> <li>• Paracenteza de diagnostic, cu cercetarea LA (<i>casetele 10, 11</i>).</li> <li>• Efectuarea diagnosticului diferențial cu alte patologii (<i>tabelul 2</i>).</li> <li>• Aprecierea severității bolii, a caracterului de evoluție și a prognosticului.</li> </ul>

I	II	III
		<p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• În caz de hipertensiune portală progresivă, se recomandă consultația gastrochirurgului.</li> <li>• În caz de risc înalt de hemoragie variceală, se recomandă consultația endoscopistului.</li> <li>• În caz de apariție a unor semne neurologice (teste psihomotorii pozitive), se recomandă consultația neurologului.</li> </ul>
<p><b>3. Tratamentul ascitei în ciroza hepatică</b></p> <p>3.1. Tratamentul nemedicamentos</p>	<p>Respectarea regimului de odihnă, restricția aportului lichidic, precum și regimul dietetic hiposodat previn sau reduc riscul dezvoltării ascitei și a complicațiilor [1, 2, 3].</p>	<p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regimul de staționar, care implică restricția activității fizice la bolnavii cu ascita de gradele II, III.</li> <li>• Regimul dietetic hiposodat.</li> <li>• Regimul hidric restricționat (<i>anexa I</i>).</li> </ul>
<p>3.2. Tratamentul medicamentos</p>	<p>Tratamentul medicamentos vizează reducerea formării, eliminarea sau îndepărtarea lichidului din cavitatea peritoneală [9, 11].</p>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamentul cu: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ beta-adrenoblocante;</li> <li>✓ diuretice: <ul style="list-style-type: none"> <li>- economisitoare de potasiu;</li> <li>- de ansă (<i>tabelele 4, 5; casetele 14-19</i>).</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Paracenteza terapeutică în ascita de gradul III sau în ascita refractară.</li> <li>• Infuziile cu: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ albumină hiposodată;</li> <li>✓ plasmă nativ congelată;</li> <li>✓ soluții coloidale.</li> </ul> </li> </ul>

<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>
3.3. Tratamentul chirurgical	Se recomandă în ascita refractară și constă în: șunturile portosistemice intrahepatice transjugulare, șunturile peritoneovenoase și transplantul hepatic.	<b>Recomandabil (conform indicațiilor):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ aminoacizi;</li> <li>✓ preparate de potasiu (<i>tabelul 5</i>).</li> <li>• TIPS, șunt peritoneovenos, transplant hepatic (<i>casetele 21-24</i>).</li> </ul>
<b>4. Externarea</b>	La externare este necesar de elaborat și de recomandat medicului de familie tactica ulterioară de management al pacientului cu ascită.	Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul precizat desfășurat.</li> <li>• Rezultatele investigațiilor și ale tratamentului efectuat.</li> <li>• Recomandările explicite pentru pacient.</li> <li>• Recomandările pentru medicul de familie.</li> </ul>

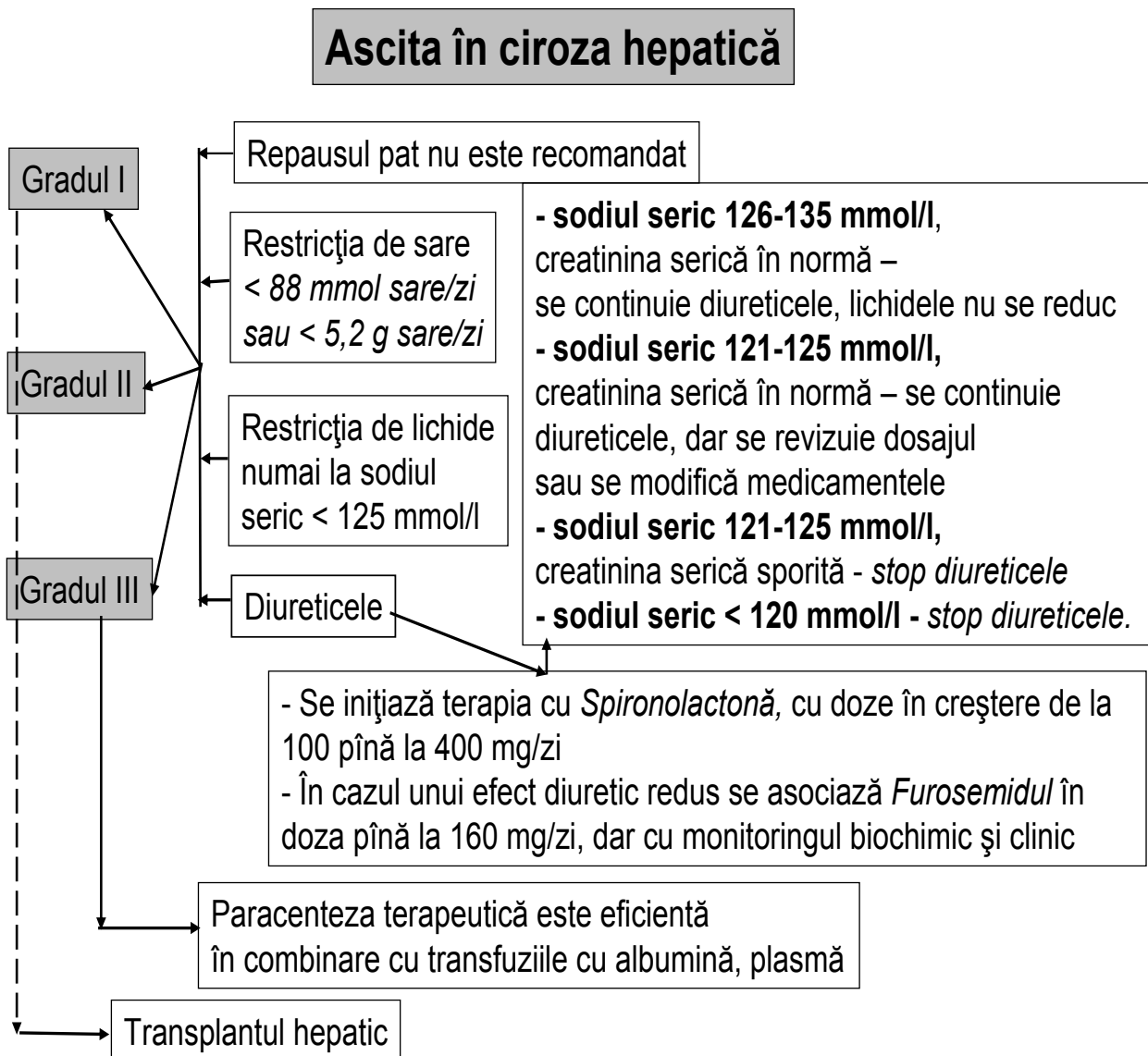
## C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### C.1.1. Algoritm de depistare a pacientului cu ascită

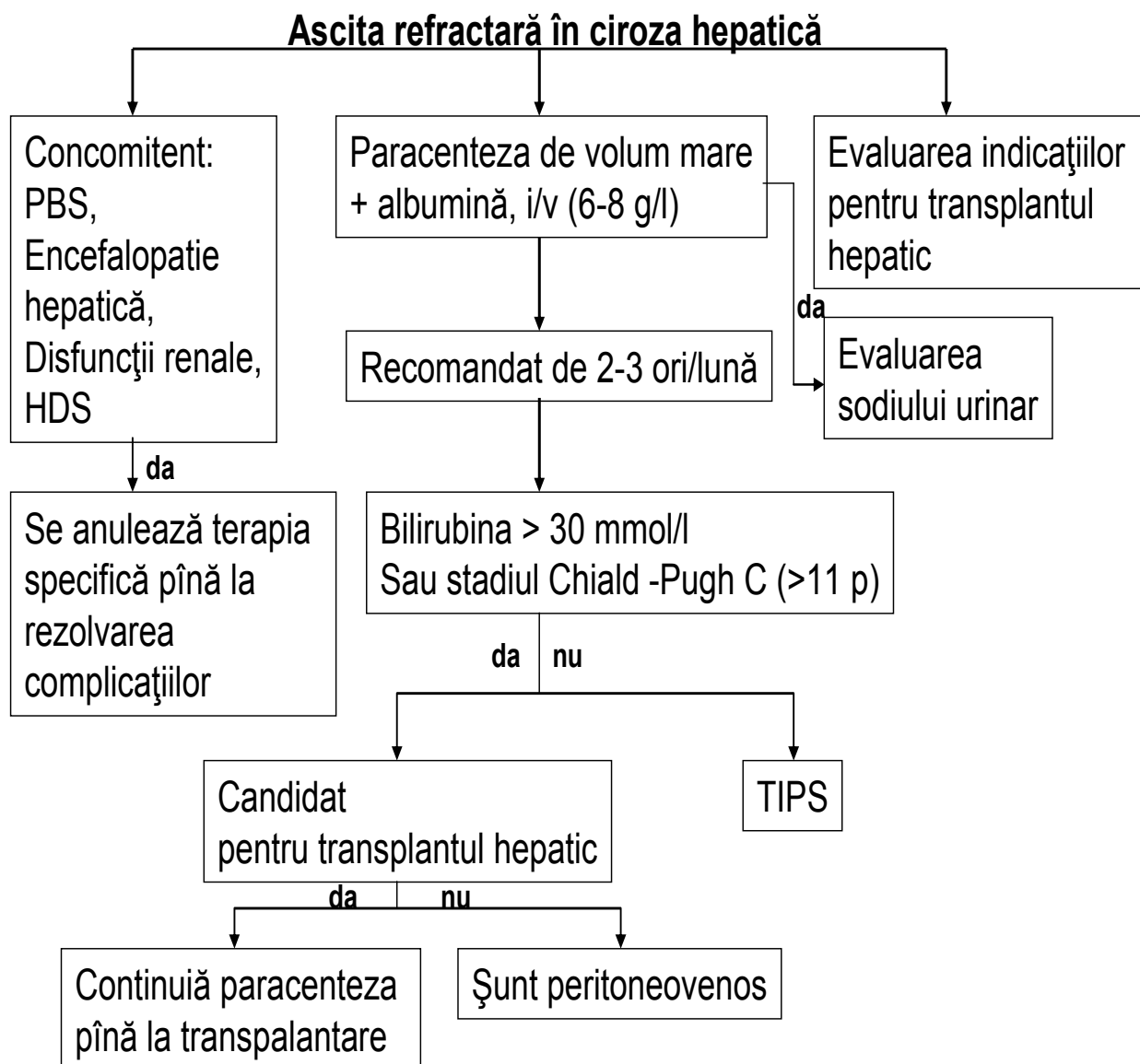




### C.1.2. Algoritmul terapeutic a pacientului cu ascită în ciroza hepatică



### C.1.3. Algoritmul terapeutic al pacientului cu ascită refractară în ciroza hepatică



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

### C.2.1. Clasificarea ascitei

#### Caseta 1. Clasificarea ascitei în funcție de gradul de severitate

1. Ascita de gradul I – ascita detectabilă numai ultrasonografic
2. Ascita de gradul II – ascita evidențiată prin distensia moderată a abdomenului
3. Ascita de gradul III – ascita tensionată, evidențiată prin distensia marcantă abdominală

#### Caseta 2. Clasificarea ascitei, în funcție de complicații

- Ascita necomplicată
- Ascita refractară
- Ascita complicată: peritonita bacteriană spontană

#### Caseta 3 Clasificarea ascitei în funcție de etiologie

##### 1. Ascita, fără afectarea directă a peritoneului

- *HTP intrahepatică*: ciroza hepatică, hepatita acută etanolică, boala venooclusivă, metastazele hepatice masive.
- *HTP extrahepatică*: insuficiența cardiacă globală, insuficiența constrictivă, insuficiența tricuspidiană, obstrucția venei cave inferioare, obstrucția venelor hepatice.
- *Hipoalbuminemia*: sindromul nefrotic, enteropatia cu pierdere de proteine, malnutriția.
- *Ascita pancreatică* (pancreatita cronică și acută).
- *Ascita biliară* (traumatismele, intervențiile chirurgicale biliare, manoperele percutanate: CPGRE).
- *Ascita nefrogenă*.
- *Ascita chiloasă*.
- *Mixedemul*.
- *Boli ovariene* (carcinomul, tumorile benigne).

##### 2. Ascita, cu afectarea primară peritoneală

- *Ascita malignă*.
- *Granulomatoza peritoneală*: peritonita tuberculoasă, peritonita cu *Chlamidia trachomatis*, peritonita fungică, peritonita parazitară, sarcoidoza, peritonita granulomatoasă iatrogenă.
- *Vasculite*: lupus eritematos sistemic, purpura Henoch-Schonlein.
- *Alte afecțiuni*: gastroenterita eozinofilică, boala Wipple, endometrioza.

#### Caseta 4. Elemente definitorii în ascita refractară

- Reducerea masei corporale < 200 g per zi, timp de 7 zile, pe fundalul unui regim hiposodat (< 5,2 g/sare per zi) asociat cu terapia diuretică în doze maxime și/sau cu reducerea excreției sodiului urinar < 78 mmol/24 de ore.
- Recidivarea ascitei după paracenteza terapeutică.
- Ineficacitatea diureticelor din cauza apariției complicațiilor; astfel, imposibilitatea de a crea un dosaj eficient.

### C.2.2. Factorii de risc

#### **Caseta 5. Factorii de risc în decompensarea cirozei hepatice și în apariția ascitei**

- Abuz în consumul de alcool (> 150 g săptămânal)
- Geneză virală mixtă a cirozei hepatice (virală B + virală C sau D, virală + alcool)
- Sex masculin
- Activitate sporită a procesului inflamator în ficat
- Depistare tardivă a bolii
- Vîrstă înaintată
- Prezența altor patologii concomitente severe: afecțiuni cardiacă, pulmonară, renală, endocrină
- Administrare a medicamentelor cu un potențial toxic pentru ficat sau acțiunea altor substanțe toxice
- Alimentație neadecvată (carența proteică și cea vitaminică)
- Acțiune negativă a mediului ambiant, factori ecologici (aflatoxine)
- Obezitate

#### **Caseta 6. Cauzele ascitei refractare**

- Aportul sporit de sodiu sau de lichide
- Terapia diuretică neadecvată
- Hipotensiunea
- Hiposodiemia, hipopotasemia, hipoalbuminemia
- Administrarea de antiinflamatoare nonsteroidiene
- Progresia bolii
- Sindromul Budd-Chiari
- Canceromatoza peritoneală
- Peritonita bacteriană spontană

### C.2.3. Screening-ul pacienților cu ascită în ciroza hepatică

Din punct de vedere subiectiv, cantitățile mici de LA (< 500 ml) pot fi asimptomatice. Pe măsură ce aceasta crește, pacientul poate să prezinte disconfort sau senzație de distensie abdominală de divers grad. De aceea pentru depistarea activă a bolnavilor cu ascită de divers grad sau cu risc de dezvoltare a ascitei, se recomandă de examinat pacienții din grupul de risc: pacienții care suferă de hepatită cronică virală sau toxică (etică sau medicamentoasă), steatohepatita nonalcoolică, persoanele cu consum abuz de alcool, persoanele cu administrare îndelungată de medicamente hepatotoxice etc.

**Tabelul 1. Schema examinării persoanelor din grupurile de risc pentru depistarea ascitei în CH**

nr.	Grupuri de risc	Metodele	Frecvența
1.	Pacienții cu hepatite cronice de etiologie virală (B, C, D), cu fibroză de gradele II, III, cu activitate medie sau înaltă	• USG ficatului, a splinei și a sistemului portal	o dată/an
		• ALT, AST, bilirubină, albumină, protrombină, hemogramă și trombocite	2-4 ori/an
		• Screening serologic: AgHBs, AgHBe, anti-HBcor, anti-HBe, anti-VHC ș.a., conform indicațiilor	o dată/an

2.	Pacienții cu steatoză și cu hepatită alcoolică acută sau cronică, cu fibroză de gradele II, III, cu activitate medie sau înaltă	• USG ficatului, a splinei și a sistemului portal	1-2 ori/an
		• GGTP, ALT, AST, bilirubină, albumină, protrombină, glucoză, colesterol, hemogramă și trombocite	
		• <i>Screening</i> serologic: AgHBs, AgHBe, anti-HBcor, anti-HBe, anti-VHC ș.a., conform indicațiilor	o dată/an
3.	Pacienții cu steatoză hepatică nonalcoolică, cu fibroză de gradele II, III, cu activitate medie sau înaltă	• USG ficatului, a splinei și a sistemului portal	o dată/an
		• ALT, AST, bilirubină, albumină, protrombină, hemogramă și trombocite, colesterol	2 ori/an
		• <i>Screening</i> serologic: AgHBs, anti-HBcor, anti-HBe, anti-VHC ș.a., conform indicațiilor	o dată/an
4.	Pacienții cu simptome clinice de patologia hepatică, depistate pentru prima dată	• USG ficatului, a splinei și a sistemului portal	o dată pentru stabilirea diagnosticului, apoi conform schemei pentru boala depistată
		• ALT, AST, GGTP, bilirubină, albumină, protrombină, hemogramă și trombocite	
		• <i>Screening</i> serologic: AgHBs, AgHBe, anti-HBcor, anti-HBe, anti-VHC ș.a., conform indicațiilor	
5.	Persoanele cu consum abuziv de alcool	• USG ficatului, a splinei și a sistemului portal	o dată/an
		• ALT, AST, GGTP, bilirubină, albumină, protrombină	
6.	Pacienți cu o administrare de lungă durată de medicamente (antituberculoase, antiinflamatoare nesteroidiene, preparate neurotrope, remedii antihipertensive etc.)	• USG ficatului, a splinei și a sistemului portal	1-2 ori/an
		• ALT, AST, bilirubină, albumină, protrombină, GGTP	la începutul tratamentului – 2-4 ori per lună, apoi 3-4 ori/an
7.	Persoane după intervenții chirurgicale sau după transfuzii de sânge (preparate de sânge)	• USG ficatului, a splinei și a sistemului portal	o dată – peste 6 luni de la intervenție
		• ALT, AST, bilirubină, albumină, protrombină, hemogramă și trombocite	
		• <i>Screening</i> serologic: AgHBs, AgHBe, anti-HBcor, anti-HBe, anti-VHC ș.a., conform indicațiilor	

## C.2.4. Conduita pacientului cu ascită în ciroza hepatică

### C.2.4.1. Anamneza

#### Caseta 7. Aspecte relevante anamnestic

- Afecțiuni hepatice preexistente
- Abuz de alcool
- Maladii metabolice (diabet zaharat, gută, dereglarea metabolismului lipidic)
- Prezența unor boli hepatice la rudele apropiate
- Utilizare îndelungată a medicamentelor cu un potențial hepatotoxic
- Dereglări de nutriție (insuficiența proteică)
- Intervenții chirurgicale suportate
- Transfuzii de sânge și/sau de substituenți de sânge
- Toxicomanie, narcomanie
- Călătorii în țările endemice pentru hepatite virale
- Lucrători medicali
- Mărire tranzitorie a abdomenului în volum în anamneză
- Patologie cardiacă sau a glandei tiroide preexistentă
- Tuberculoză suportată sau recentă
- Afecțiune oncologică prezentă

### C.2.4.2. Examenul clinic (vezi compartimentul C.2.4.2. din PCN *Ciroza hepatică compensată la adult, casetele 6-8*)

#### Caseta 8. Particularități în examenul obiectiv al pacienților cu ascită

**Inspekția** constată un abdomen extins în volum (prin lichid, dar și prin aerul de la nivelul intestinal). În ascita de gradul III, abdomenul mărit în volum este proeminent, în ascita de gradul II – abdomenul atârână ca o desagă în ortostatism. Ombilicul este proeminent, iar pe măsură ce cantitatea de lichid crește se remarcă protruzia herniilor ombilicale sau inghinale, femorale. Se evidențiază vene abdominale dilatate care iradiază de la ombilic și nu dispar după diminuarea ascitei (caracteristic pentru circulația portocavă) sau vene dilatate pe flancuri care apar ca urmare a compresiunii venei cave inferioare de lichid ascitic și dispar după reducerea ascitei (circulația cavocavă).

În ciroza hepatică cu ascită, ficatul și splina pot fi **palpate** prin metoda balotării. Prin **palpare** și prin percuție se evidențiază semnul valului în ascita abundentă. Acesta se provoacă percutind unul dintre flancuri, iar transmiterea vâului se percepe pe flancul opus.

**Percuția** abdomenului decelează modificări în funcție de cantitatea lichidului ascitic. Ascita de gradul II determină o matitate declivă (pe flancuri în decubit dorsal, în hipogastru în ortostatism și periombilical în poziție genupectorală). Matitatea este deplasabilă cu poziția (prin întoarcerea bolnavului în decubit lateral stîng flancul stîng va deveni mat). Matitatea declivă poate fi decelată clinic în prezența unei cantități de lichid de peste 1000 ml. În ascita de gradul III, abdomenul devine mat difuz mat.

Cantitățile mici de ascită pot fi detectate prin combinarea percuției cu **auscultația abdominală**. După 5 minute de decubit ventral, pacientul este așezat în poziție genupectorală. Se percutează repetat, cu intensitate constantă pe unul dintre flancuri și se începe auscultația în poziția cea mai declivă abdominală (zona periombilicală). Stetoscopul se mută treptat spre flancul opus zonei de percuție. Apare o delimitare între zona de acumulare a ascitei și zona intraperitoneală fără lichid,

delimitare corelată cu cantitatea de lichid. Matitatea declivă este semnul cel mai sensibil, iar semnul valului este cel mai specific.

La 5% dintre pacienții cu ascită în CH poate să se determine hidrotoracele mai frecvent pe dreapta, datorită unor defecte diafragmatice care permit comunicarea cu cavitatea pleurală.

### **C.2.4.3. Investigațiile paraclinice**

**C.2.4.3.1. Schemele de investigații paraclinice** (vezi PCN *Ciroza hepatică compensată la adult*, compartimentul C.2.4.3.1. *Scheme de investigații paraclinice: casetele 9,10; tabelele 3, 4*)

#### **Caseta 9. Paracenteza de diagnostic la divers nivel de asistență medicală**

*Paracenteza abdominală cu evaluarea LA este cea mai rapidă și cea mai cost-eficientă metodă de diagnosticare a etiologiei ascitei.*

- 1. La nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu**, este ca procedură obligatorie, se efectuează pentru examinarea LA: macroscopică, examen citologic (PMN, limfocite, celule mezoteliale, celule atipice, hematii).
- 2. La nivel de asistență medicală specializată de staționar**, este ca procedură obligatorie, se efectuează cu/fără asocierea paracentezei terapeutice, pentru examinarea LA: macroscopică, GAS-ALA, concentrația PTLA, examen citologic (PMN, limfocite, celule mezoteliale, celule atipice, hematii), bacteriologic (culturi, frotiuri), examinări speciale: determinare de amilază, LDH, lipide, fibronectină.

#### **Caseta 10. Indicații și contraindicații pentru paracenteza de diagnostic**

- **Indicații**
  - ✓ Ascita la debut
  - ✓ Pacienții cu ascită, la care se instalează deteriorarea clinică (apariția bruscă sau accentuarea encefalopatiei hepatice sau a insuficienței renale)
  - ✓ Suspecția de peritonită bacteriană spontană
  - ✓ Ascita refractară
  - ✓ Suspecția de malignizare, de tuberculoză și de alte patologii rare (boli hematologice, granulomatoza ș.a.)
- **Contraindicații**
  - ✓ Tulburări severe de coagulare (fibrinoliza primitivă sau sindromul de coagulare intravasculară diseminată)



**C.2.4.3.2. Descrierea metodelor și a tehnicilor** (vezi PCN *Ciroza hepatică compensată la adult*, compartimentul C.2.4.3.2.: *casetele 11-19; tabelele 5-10*)

**Caseta 11. Evaluarea lichidului ascitic**

- *Aspectul macroscopic*: serocitrin, serohemoragic, chilos, chiliform
- *GAS-ALA* este corelat cu presiunea portală: valori > 11 g/l (1,1 g/dl) au HTP, <11 g/l (1,1 g/dl) au alte cauze de ascită decât HTP. Concentrația totală a proteinelor în LA, reacția Rivalta și densitatea sunt utilizate pentru diferențierea exudatului de transsudat. Concentrația proteinei totale în LA este utilă pentru identificarea bolnavilor cu risc pentru PBS.
- *Examenul citologic*: PMN, neutrofile, limfocite, hematii, celule atipice, mezoteliale. Predominarea neutrofilelor peste 250·10<sup>6</sup>/l (250/mm<sup>3</sup>) indică infecția LA, predominarea limfocitelor orientează spre peritonita tuberculoasă sau canceromatoza peritoneală.
- *Explorarea bacteriologică* – indică culturile poli- sau unimicrobiene pentru diferențierea PBS de peritonita bacteriană secundară.
- *Examenul biochimic* – LDH, glucoza (LDH >225 mU/l, glucoza < 2,8 mmol/l, proteina totală >10g/l sunt sugestive pentru peritonita bacteriană secundară), trigliceridele (valori > 2,3 mmol/l (200 mg/dl) confirmă ascita chiloasă), amilaza (valori sporite sugerează pancreatita acută sau ruptura de organe cavitare), bilirubina (la sporirea nivelului de bilirubină în LA se suspectează perforarea arborelui biliar sau a intestinului).

**C.2.4.4. Diagnosticul diferențial**

Mărirea în volum a abdomenului presupune un diagnostic diferențial dintre sindromul ascitic și alte condiții patologice care pot evolua cu acest tablou clinic, cum ar fi: obezitatea (matitatea nu este declivă sau mobilă cu poziția, semnul valului este absent), edemul parietal izolat (nu are caracterile clinice ale ascitei), meteorismul pronunțat (poate sugera ascita datorită distensiei abdominale, la percuție însă apare sonoritate cu timbru timpanic), tumorile ovariene sau sarcina (există sonoritate pe flancuri).

**Tabelul 2. Diagnosticul diferențial dintre ascita din ciroza hepatică și ascita de alte etiologii**

<i>Ascita</i>	<i>Evaluarea clinică</i>
<b>Ascita bacilară (peritonita tuberculoasă)</b>	Febra, anorexie, scădere ponderală și durere abdominală – semnele clinice caracteristice. Obiectiv – abdomenul voluminos, circulația venoasă superficială lipsește, ficatul și splina sunt în limitele normei. La ecografie peritoneul este îngroșat neregulat, apare îngroșarea peretelui intestinal în zona ileocecală, adenopatii. LA – exsudat cu număr sporit de limfocite (> 70%), GAS-ALA < 11 g/l (1,1 g/dl).
<b>Ascita malignă</b>	Deterioarea progresivă a stării generale, uneori febra și manifestările din partea organului afectat. Circulația colaterală este absentă, ficatul și splina nu au caractere palpatorii de ciroză, dar se pot palpa masele tumorale intrabdominale. LA – serocitrin, uneori serohemoragic, se reface rapid după paracenteza evacuatorie, GAS-ALA < 11 g/l (1,1 g/dl), hematii, celulele atipice, LDH sporit. USG, TC, RMN – specificitate înaltă.
<b>Ascita cardiacă</b>	Este prezent un context clinic sugestiv pentru afecțiune cardiacă. Pacienții sunt cianotici, au turgescența jugularilor, hepatomegalie elastică sensibilă cu reflux hepatojugular, edeme gambiene, semne cardiace ale bolii de bază. LA – serocitrin, transsudat, celularitate redusă, GAS-ALA este > 11 g/l (1,1 g/dl). USG, EcoCG, radiologia – precizează afecțiunea cardiacă.



<b>Ascita pancreatică</b>	Mai rar înregistrată, apare în contextul unei pancreatite acute sau cronice în acutizare. Abdomenul este globulos, circulația colaterală lipsește, nu sunt prezente semne de suferință hepatică, poate fi diaree cu steatoree. LA – serocitrin, Rivalta – pozitiv, GAS-ALA sub 11 g/l (1,1 g/dl), celularitatea redusă, concentrație sporită a amilazei. Explorările imagistice precizează diagnosticul.
<b>Ascita mixedematoasă</b>	Aspectul bolnavului este caracteristic: tegumente palide, dure, reci, fața împăstată, bradicardie, somnolent, apatic. LA - seros sau gelatinos, concentrația sporită de proteine totale. Paraclinic – hipotiroidism.
<b>Ascita biliară sau chiloasă</b>	Se stabilește numai în baza cercetării LA (trigliceride > 2,3 mmol/l (200 mg/dl) confirmă ascita chiloasă), sporirea nivelului de bilirubină în LA (se suspectează perforarea arborelui biliar).

#### C.2.4.5. Criteriile de spitalizare

##### Caseta 12. Criteriile de spitalizare

- Ascita primar depistată.
- Ascita în CH, care nu răspunde adecvat la terapia cu diuretice, administrată ambulatoriu.
- Ascita în CH de gradul II și III, care necesită paracenteze terapeutice.
- Evoluția progresivă a bolii, apariția semnelor pentru encefalopatia hepatică, peritonita bacteriană spontană, sindrom hepatorenal etc.).
- Ascita refractară în CH.
- Apariția efectelor adverse provocate de diureticele în doze mari, la pacienții cu ascită în CH (dereglarea funcției renale, encefalopatia hepatică, hiponatriemia evidentă).
- Necesitatea intervențiilor și a procedurilor terapeutice care nu pot fi executate în condițiile de ambulatoriu (laparoscopia etc.).
- Patologia concomitentă care poate agrava evoluția ascitei în CH (pneumonia, pancreatita în acutizare, acutizarea pielonefritei etc.).

#### C.2.4.6. Tratamentul CH cu ascită

##### C.2.4.6.1. Modificările de comportament

##### Caseta 13. Modificări de comportament la pacienți cu CH și cu ascită

- Repausul la pat ar fi util în ascita din CH de gradul III (poate ameliora răspunsul la terapia cu diuretice).
- Restricția aportului lichidian sub 1 l este necesară când concentrația serică a sodiului este sub 120 mEq/l.
- Dieta hiposodată, presupune un aport de 5,2 g/zi de sare pentru termen îndelungat.
- Excluderea strictă a alcoolului.
- Odihna în timpul zilei.
- Renunțarea la medicamentele hepatotoxice, extractele hepatice, fizioterapia cu încălzirea regiunii ficatului, tratamentul balnear.

### C.2.4.6.2. Terapia medicamentoasă

În prezența ascitei, terapia este orientată în două direcții: tratamentul bolii de bază – a cirozei hepatice (care este relatat în PCN *Ciroza hepatică compensată la adult*) și tratamentul sindromului ascitic propriu-zis, care include două aspecte: conservator (diuretice în combinație cu substituenții plasmatici (*plasma expander*) și chirurgical (paracenteza, șunt peritoneovenos, TIPS, transplânt hepatic).

#### C.2.4.6.2.1. Schemele de tratament în ascita din CH

Tabelul 3. Lista de intervenții și de servicii de bază în tratamentul ambulatoriu

Metode terapeutice	Indicații	Posologie, durata și periodicitatea tratamentului
<b>Diuretice economisitoare de potasiu</b> Spironolactonă	Diuretice cu acțiune distală, induc natriureză redusă, dar mențin potasiul. Efectul diuretic apare peste 2-3 zile de la inițierea terapiei și durează încă 2-3 zile după sistarea administrării. Spironolactona este cea mai eficientă din acest grup, înlăturând hiperaldosteronismul secundar prin antagonismul competitiv cu aldosteronul, la nivelul receptorilor.	- 100-200 mg /zi, în ascita de gradul I, până la dispariția ascitei, apoi doza de menținere - 25-50 mg/zi timp îndelungat (în schemă – 20 de zile pe lună); - 200 mg /zi în ascita de gradul II, de lungă durată: în schema 20 zile pe lună (poate fi combinată cu Furosemidul 40-160 mg/zi 2-3 zile per săptămână); la dispariția ascitei, doza de menținere – 50 mg/zi timp îndelungat (este posibilă întrerupere de 1-2 luni per an); - 100-400 mg /zi în ascita de gradul III (în combinație cu Furosemidul – 40-160 mg /zi), până la dispariția ascitei, apoi doza de menținere – 50 mg /zi, timp îndelungat. Dacă timp de 5-7 zile de doze maxime ascita nu se reduce, se consideră ascită refractară (rezistentă la diuretice).
<b>Notă:</b> Asocierea Spironolactonei cu inhibitorii enzimei de conversie este contraindicată în prezența insuficienței renale.		
<b>Diuretice de ansă</b> Furosemid <i>sau</i> Torasemid*	Acționează rapid, inducând natriureza accentuată, dar și kaliureza. Este un diuretic cu acțiune prolongată, de alternativă Furosemidului, cu proprietăți diuretice, posedă acțiune hipotensivă.	- 40 mg /zi, <i>per os</i> doza poate fi crescută maxim până la 160 mg/zi. - doza inițială este de 5 mg/zi <i>per os</i> , într-o singură priză, se mărește la fiecare 2-3 zile, doza maximă – 20 mg/zi <i>per os</i> . Poate fi utilizat în monoterapie sau în asociere cu Spironolactona, de lungă durată, dar cu intervale de 2-3 zile în săptămână.
<b>Notă:</b> Tratamentul diuretic constă în administrarea concomitentă de Furosemid și de Spironolactonă. * preparatul nu este înregistrat în RM		

<b>Beta-adrenoblocante</b> Propranolol <i>sau</i> Nadolol <i>sau</i>	Corecția și prevenirea progresiei hipertensiunii portale.	- 10-40 mg/zi, permanent. - 40-80 mg/zi, permanent.
<b>Inhibitori ai enzimei de conversie:</b> Enalapril <i>sau</i> Lisinopril	Se vor indica sub monitorizarea tensiunii arteriale și a pulsului.	- 5-10 mg nictimeral, permanent. - 5-10 mg nictimeral, permanent.
<b>Medicamentele recomandate (conform indicațiilor) pentru tratamentul ambulatoriu</b>		
Amilorid	Va substitui Spironolactona în cazul apariției ginecomastiei evidente, este antagonist necompetitiv al aldosteronului, acționează și în lipsa aldosteronului.	-10-40 mg/zi, de durată (5 zile per săptămână).
Asparcam*	Preparat care menține echilibrul de kaliu în organism, în cazul administrării dozelor mari de Furosemid.	- 1 comprimat de 3 ori/zi, în zilele în care se administrează Furosemid.

**Tabelul 4. Lista de intervenții și de servicii de bază în tratamentul de spital**

<b>Medicamente</b>	<b>Indicații</b>	<b>Posologie</b>
<b>Diuretice</b> <b>1. economisitoare de potasiu:</b> Spironolactonă	Spironolactona are o acțiune diuretică, acționând ca antagonist competitiv al aldosteronului. Crește eliminarea apei și a NaCl, cu reținerea potasiului în organism. Efectul se instalează lent, după 3-5 zile.	- Ascita de gradul I – 50-200 mg /zi, <i>per os</i> , una sau 2 prize pe zi, până la dispariția ascitei, apoi doza de menținere – 25-50 mg/zi timp îndelungat (în schema de 20 de zile per lună); - Ascita de gradul II – 200 mg /zi, <i>per os</i> , 2 prize per zi, de lungă durată (în schema de 20 de zile per lună, iar la dispariția ascitei – doza de menținere – 50 mg/zi, timp îndelungat). Poate fi combinată cu Furosemidul; - Ascita de gradul III – 100-400 mg /zi, <i>per os</i> , 2 prize per zi până la dispariția ascitei, apoi doza de menținere – 50 mg /zi, timp îndelungat. Poate fi combinat cu Furosemidul.
<b>2. de ansă</b> Furosemid	Diuretic de ansă, cu acțiune rapidă, inducând natriureza accentuată, dar și kaliureza.	- Ascita de gradul II – 40-60 mg/zi, soluție injectabilă, i.v. sau 40-160 mg /zi, <i>per os</i> , 2-3 zile pe săptămână; - Ascita de gradul III – 60-80 mg/zi, soluție injectabilă, i.v. sau 80-160 mg /zi, <i>per os</i> , 2-3 zile pe săptămână.
<b>Notă:</b> Dacă timp de 5-7 zile de diuretice în doze maxime (Spironolactonă – 400 mg pe zi în combinație cu Furosemidul – 160 mg per zi), ascita nu se reduce, se consideră ascită refractară, ceea ce va impune o altă abordare terapeutică. *preparat compus		

<b>Beta-adrenoblocante</b> Propranolol <i>sau</i> Nadolol <i>sau</i> <b>Inhibitori ai enzimei de conversie:</b> Enalapril <i>sau</i> Lisinopril	Corecția și prevenirea progresiei hipertensiunii portale. Monitorizarea TA și a Ps.	- 10-40 mg/zi, permanent. - 40-80 mg/zi, permanent. - 5-10 mg nictimeral, permanent. - 5-10 mg nictimeral, permanent.
<b>Albumina desodată</b>  <i>sau</i> <b>Plasmă nativă congelată</b> <i>sau</i> <b>Soluții coloidale</b> <b>Dextran 40</b> <b>Dextran 70</b> <b>Gelofuzină*</b>	Are efect de prevenire a hipovolemiei și a disfuncției renale, posedă virtute anticoagulantă, crește expansiunea volumului circulator. Se indică cu scop de corecție a hipoalbuminemiei și a dereglărilor de coagulare. Se indică cu scop de prevenire a hipovolemiei și a disfuncției renale după paracenteza terapeutică cu eliminare LA mai puțin de 5 l, precum și în cazul unei diureze pronunțate.	8 g de albumină la 1 l de ascită evacuată sau 100 ml de albumină de 20% la 3 l de ascită evacuată. 200-400 ml în fiecare zi sau peste o zi, pînă la reducerea ascitei și corecția hipoalbuminemiei. - 150-200 ml/zi. - 250 ml/ la fiecare 1 l de LA. - 200 ml/zi.
<b>Paracenteza terapeutică</b>	Se indică persoanelor cu ascita sub tensiune sau cu ascita refractară.	- paracenteza de volum mare: 4-6 l per zi, se repetă pînă la dispariția ascitei; - paracenteza totală: evacuarea completă a LA într-o singură ședință asociată, cu administrarea de albumină desodată (6-8 g la 1 l de ascită eliminată).
<b>Notă:</b> ✓ La toți pacienții, cărora li se vor indica transfuziile cu plasmă, se va recomanda anterior testarea grupului sangvinic și a Rh-factorului. ✓ Peste 1-2 zile de la paracenteza terapeutică este necesar de administrat diuretice în asociere cu dieta hiposodată, pentru timp îndelungat.		

**Tabelul 5. Lista de intervenții și de servicii recomandabile (conform indicațiilor) în tratamentul de staționar**

Metode terapeutice	Indicații	Posologie, durata și periodicitatea tratamentului
<b>Diuretice de alternativă</b> Amilorid	Acționează ca antagonist necompetitiv al aldosteronului, iar efectul lui se instalează mai rapid, în 2 ore de la administrare și se menține 24 de ore. Nu provoacă ginecomastia dureroasă.	- 10-40 mg/zi, de durată (5 zile per săptămână)

**Notă:** \*preparat compus

Torasemid*	Acționează în porțiunea ascendentă a ansei Henle, unde determină inhibarea reabsorbției active de Cl și de Na, fără apă. Pierderea de K și acidifierea urinei se datoresc stimulării secreției distale de ioni de H <sup>+</sup> și de K <sup>+</sup> . Torasemidul este un preparat de alternativă (în cazul ineficienței Furosemidului).	- doza inițială este de 5 mg/zi, <i>per os</i> , într-o singură priză, se mărește la fiecare 2-3 zile, doza maximă – 20 mg/zi, <i>per os</i> . Poate fi utilizat în monoterapie sau în asociere cu Spironolactona, de lungă durată, dar cu intervale de 2-3 zile în săptămână.
<b>Antagoniști ai sistemului simpatic cu acțiune centrală</b> Clonidină**	α 2-adrenomimetic cu acțiune centrală. Indicat în ascita refractară (combinat cu Spironolactona) sporește natriureza și descrește semnificativ noradrenalina, nivelul aldosteronului seric și activitatea reninei plasmatică.	0,075 mg, <i>per os</i> , de 2 ori pe zi (în combinație cu Spironolactona).
<b>Vasoconstrictoare</b> Midodrină**	Sunt administrate din motivul că unul dintre mecanismele de formare a ascitei în ciroza hepatică este vasodilatația. Se indică ca adjuvant în terapia diuretică în ascita refractară.	10 mg, <i>per os</i> , de 3 ori/zi (în asociere cu Spironolactona).
<b>Soluții de potasiu</b>	Cu scop de corecție a hipokaliemiei.	Sol. Clorură de potasiu 4% – 30 ml + sol. Clorură de sodiu 0,9% – 200 ml, i.v., o dată/zi, pînă la corecția deficitului de Kalium.
<b>Soluții de aminoacizi</b>	Cu scop de restabilire de echilibru al aminoacizilor.	Aminoplasmal Hepa*** 10% – 500 ml, i.v., perfuzie, o dată la 2 zile, pentru perioada spitalizării. Hepasol Neo*** 500,0 i.v., perfuzie, o dată la 2 zile, pentru perioada spitalizării.
<b>Șunt peritoneovenos</b>	Este o opțiune terapeutică în ascita refractară, realizează o expansiune a LA din cavitatea peritoneală în circulația generală, cu ajutorul unei valve unidirecționale.	
<b>Șunturi portocave intrahepatice transjugulare (TIPS)</b>	Se indică în ascita refractară, deoarece produc scăderea HTP.	
<b>Transplant hepatic</b>	Determină dispariția ascitei prin reluarea funcției hepatice.	

**Notă:**

\* preparatul nu este înregistrat în RM

\*\*medicamente care sunt evaluate în studii randomizate, controlate, dar care nu sunt incluse în ghidurile de Consens (la momentul elaborării PCN).

\*\*\* preparat compus

## C.2.4.6.2.2. Principiile de tratament medicamentos

### C.2.4.6.2.2.1. Tratamentul diuretic

#### Caseta 14. Diuretice utilizate în terapia ascitei în CH

**Diureticele economisitoare de potasiu.** Din acest grup fac parte **Spironolactona, Amiloridul**. Spironolactona, diuretic antialdosteronic, inhibă competitiv legarea aldosteronului de receptor. Spre deosebire de Amilorid, eficacitatea clinică a diureticelor antialdosteronice este direct proporțională cu nivelul aldosteronului endogen. Cu cât nivelul aldosteronului este mai ridicat, cu atât efectul acestor diuretice va fi mai puternic. Diureticele economisitoare de K<sup>+</sup> pot determina, în anumite condiții, hiperpotasemia, o reacție adversă destul de severă. Spironolactona poate fi cauză de ginecomastie, impotență, scădere a libidoului, hirsutism, tulburări menstruale, deoarece concentrațiile crescute de Spironolactonă pot interfera biosinteza hormonilor steroidieni.

Amiloridul este un diuretic antikaliuretic cu acțiune diuretică, natriuretică. Nu este antagonist al aldosteronului și își exercită funcția și în lipsa acestuia. Efectul antikaliuretic se datorează inhibiției reabsorbției sodiului în tuburi contoarse distale, tuburi colectoare corticale și ductele colectoare, reducerii potențialului negativ din lumenul tubular, ceea ce scade secreția potasiului și a ionilor de hidrogen. Acțiunea începe peste 2 ore, acțiunea maximă – peste 3-4 ore, durata de 24 de ore.

**Diureticele de ansă: Furosemid, Torasemid\*.** Aceste medicamente blochează mecanismul de transport Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-2Cl<sup>-</sup> la nivelul segmentului ascendent al ansei Henle (AH). Sunt diuretice puternice cu acțiune rapidă. La administrarea internă acțiunea se exercită pe parcursul primei ore, iar în cea intravenoasă – în câteva minute. În practica medicală se utilizează așa-numita *probă cu Furosemid intravenos*, care constă în: administrarea a 80 mg de Furosemid intravenos, fiind utilizată la identificarea pacienților diuretic-sensibili (concentrația sodiului în urina > 50 mmol în 8 ore) și diuretic-rezistenți (concentrația sodiului în urina < 50 mmol în 8 ore), cărora ulterior li se va modifica terapia diuretică.

**Antagoniștii sistemului simpatic. Clonidina\*\*** este un  $\alpha$  2-adrenomimetic cu acțiune centrală. Indicat în ascita refractară (0,075 mg, *per os*, de 2 ori pe zi, în combinație cu Spironolactona. Sporește natriureza și descrește semnificativ noradrenalina, nivelul aldosteronului seric și activitatea reninei plasmatică. Ca urmare a administrării Clonidinei\*\*, întârzie reapariția ascitei și se reduce doza Spironolactonei și a Furosemidului.

**Vasoconstrictoare. Midodrina** este administrată din motivul că unul dintre mecanismele de formare a ascitei în ciroza hepatică este vasodilatația. După utilizarea Midodrinei (10 mg, *per os*, de 3 ori/zi) se detectează o sporire a sodiului urinar, a tensiunii arteriale și a clearance-ului creatininei; totodată, descrește activitatea reninei serice și nivelul aldosteronului seric. Se indică ca adjuvant în terapia diuretică în ascita refractară.

#### Notă:

- Dozele de diuretice se ajustează în așa mod, încât greutatea să scadă zilnic cu 0,5 kg, la pacienții fără edeme periferice, și cu cu 1-2 kg, la cei cu edeme.
- Dacă greutatea corporală nu scade corespunzător, după 2-3 zile se pot dubla dozele de diuretice.
- Dacă pe fundalul terapiei cu diuretice apare insuficiența renală, se recomandă întreruperea administrării preparatelor diuretice și se indică efectuarea paracentezei de volum, repetate pînă la dispariția ascitei (o dată la 2 zile). Dacă se va efectua paracenteza totală, aceasta se va repeta o dată la 2 săptămîni sau la apariția ascitei tensionate, a dispneei progresive.

**Notă:** \* preparatul nu este înregistrat în RM

\*\*medicamente care sunt evaluate în studii randomizate, controlate, dar care nu sunt incluse în ghidurile de Consens (la momentul elaborării PCN).



**Caseta 15. Indicii pentru aprecierea eficacității terapiei cu diuretice în ascită**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinamica diurezei diurne (se apreciază în fiecare zi în aceleași ore).</li> <li>- Dinamica masei corporale (se apreciază în fiecare zi în aceleași ore).</li> <li>- Dinamica circumferinței abdomenului (se apreciază în fiecare zi în aceleași ore).</li> <li>- Conținutul electroliților în urină (se apreciază de două ori per săptămână).</li> <li>- Nivelul de electroliti în sânge (se apreciază de două ori per săptămână).</li> </ul>	<p><i>OMS recomandă evaluarea Na și a creatininei serice, pentru aprecierea terapiei diuretice la bolnavii cu ascită:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sodiul seric 126-135 mmol/l, creatinina serică – în normă; se continuă terapia cu diuretice, restricție de lichide nu se face;</li> <li>- sodiul seric 121-125 mmol/l, creatinina serică – în normă; se continuă terapia cu diuretice, cu monitorizarea strictă a electroliților, se reduce cantitatea de lichide administrată;</li> <li>- sodiul seric 121-125 mmol/l, creatinina serică – crescută (&gt; 150 mmol/l); se sistează diureticele și se restabilește volumul hidric prin soluții coloidale;</li> <li>- sodiul seric &lt; 120 mmol/l, – se sistează diureticele. Se administrează soluțiile coloidale (Na să nu sporească mai mult de 12 mmol/l timp de 24 de ore).</li> </ul>
--	--

**Notă:**

- Tratatamentul diuretic eficace se obține atunci, când excreția urinară de sodiu este >78 mmol/24 de ore.
- Bolnavul care excretă < 78 mmol/24 de ore de sodiu urinar necesită mărirea dozei de diuretice.

**Caseta 16. Efectele adverse ale tratamentului diuretic**

- **Hiponatriemia** – apare în urma tratamentelor prelungite sau cu doze mari de diuretice tiazidice. Clinic, pacienții prezintă somnolență, chiar letargie, hipotensiune și turgor scăzut.
- **Hiperkaliemia** – poate apare în urma tratamentelor prelungite cu diuretice antialdosteronice. Se manifestă clinic prin parestezii, hiporeflexie, hipotensiune, bradicardie până la stop cardiac. Pentru corectarea hiperpotasemiei, se administrează Bicarbonat de sodiu, soluții glucozate (tamponate cu insulină) sau Gluconat de calciu.
- **Alcaloza hipocloremică și hipokaliemia** – pot apare uneori în urma tratamentului cu doze mari de diuretice tiazidice, datorită pierderilor în exces de ioni de clor și de potasiu. Pentru corectarea alcalozei hipocloremice, se administrează Clorura de amoniu sau Clorura de calciu.
- **Hiperglicemia și hiperuricemia** – apar în urma abuzului de tiazidice. Sunt implicați mai mulți factori: inhibarea secreției de insulină, creșterea glicogenolizei hepatice sau reducerea utilizării periferice a glucozei. Hiperuricemia apare datorită blocării prin competiție a secreției tubulare de acid uric.
- **Insuficiența renală funcțională** – mișcarea lichidelor provocată de diuretice nu este fiziologică, astfel încât se produce un dezechilibru între cantitatea de apă mobilizată din țesuturi și cea eliminată prin urină. Astfel, se instalează deshidratarea prin hipovolemie, hipotensiunea, scăderea filtratului glomerular, cu creșterea nivelului seric al ureei și al creatininei. La acestea se adaugă vasoconstricția la nivelul circulației renale, fapt care contribuie la apariția sindromului hepatorenal.
- **Encefalopatia hepatică** – se datorează hipopotasemiei și alcalozei care antrenează creșterea producției renale de amoniac. În plus, diureticele interferează ciclul ureei și scad transformarea hepatică a amoniacului în uree.

**Caseta 17. Criteriile de sistare a terapiei cu diuretice în tratamentul ascitei din CH:**

- Dezvoltarea encefalopatiei hepatice de gradele II-IV.
- Hiponatriemia (nivelul de Na seric < 120 mmol/l).
- Uremia preogresivă (creatinina serică > 177 μmol/l (2,0 mg/dl)).
- Hipokaliemia (nivelul kaliului în ser < 3,1 mmol/l).
- Hiperkaliemia și acidoza metabolică (dezvoltată pe fundalul administrării Spironolactonei).
- Hipotonia arterială.
- Intoleranța individuală.

**C.2.4.6.2.2.2. Tratamentul cu albumină, plasmă și cu soluțiile coloidale (plasma expanderi)**

**Caseta 18. Principii de tratament cu albumină, plasmă și cu soluțiile coloidale**

- **Albumina hiposodată** este preparat obligatoriu în terapia ascitei din CH, din motivele că, în CH are loc scăderea sintezei de albumină, ceea ce determină reducerea presiunii oncotice plasmatică, scăderea gradientului presional oncotic efectiv și, astfel, favorizând acumularea de lichid în cavitatea peritoneală. Are efect de prevenire a hipovolemiei și a disfuncției renale, posedă virtute anticoagulantă (inhibă agregarea trombocitelor și a factorului X de către antitrombina III), crește permeabilitatea capilară și expansiunea volumului circulator. Dar posedă efect alergizant și poate fi implicată în transmiterea unor virusuri.
- **Plasma nativ congelată** este alternativă albuminei, în vederea corecției volemice postparacenteză și a hipoalbuminemiei. Conține concentrații normale ale factorilor coagulării, ale albuminei și ale imunoglobulinelor, 70 % din concentrația de Factor VIII.
- **Soluțiile coloidale** sunt substanțele, care produc expansiune volemice și sunt necesare în reglarea disfuncției circulatorii care se produce în urma paracentezei terapeutice sau a unei diureze pronunțate; și sunt eficiente în prevenirea complicațiilor clinice ale paracentezei, astfel ca hiponatriemia sau deteriorarea funcției renale. Sunt indicate așa soluții: Dextran 40, Dextran 70.

**C.2.4.6.2.2.3. Paracenteza terapeutică**

**Caseta 19. Indicații în paracenteza terapeutică**

- Ascita sub tensiune.
- Ascita refractară (diuretic-rezistentă, diuretic-dificilă):
  - ✓ în lipsa encefalopatiei hepatice;
  - ✓ cu indice de protrombină – de peste 40%;
  - ✓ bilirubina serică – sub 171 μmol/l (10 mg/dl);
  - ✓ trombocite – de peste 40·10<sup>9</sup>/l (40000/mm<sup>3</sup>);
  - ✓ creatinina serică – sub 265 μmol/l și sodiul urinar – de peste 10 mmol/zi.
- Rezolvarea rapidă a ascitei voluminoase.
- Facilitarea examenului ecografic la pacienții cu ascită voluminoasă.

**Notă:**

- Evacuarea prin paracenteză a LA < 5 litri, în caz de ascită necomplicată, trebuie urmată de expansiunea plasmatică cu substanțe sintetice (soluții coloidale); nu necesită obligatoriu administrare de albumină.
- Evacuarea prin paracenteză a LA > 5 litri necesită administrarea de albumină desodată (6-8 g la 1 l de ascită eliminată) sau de plasmă nativ congelată.



#### **Caseta 20. Repere tehnice de efectuare a paracentezei terapeutice**

- Se efectuează în condiții sterile.
- Acul se va amplasa la 15 cm lateral de ombilic, în pătratul inferior stîng (preferabil) sau drept al abdomenului, cu străpungerea perpendiculară a pielii, apoi oblică a țesutului subcutanat pînă la peritoneu; cînd se va ajunge în cavitatea peritoneală acul se va afla iarăși perpendicular la peretele abdominal.
- Perforarea pătratului stîng al abdomenului este preferabilă datorită poziției profunde a colonului, mobilității sigmoidului și a anselor intestinale, care astfel nu vor fi lezate și datorită accesibilității mai reduse la zonele vasculare din profunzime.
- LA se va evacua într-o singură sesiune, timp de 1-4 ore.
- După paracentză pacientul se va culca pe partea opusă părții cu paracentză timp de 2 ore.
- După paracentză la 1% dintre pacienți pot să apară așa complicații: hematoamele abdominale; foarte rar (1 la 1000 de proceduri) hemiperitoneum și perforația intestinală, infecția.
- Paracenteza se va efectua numai cu acordul pacientului.

#### **C.2.4.6.2.2.4. Tratamentul chirurgical**

**Tratamentul chirurgical** în ascita refractară constă în: șunturile portosistemice intrahepatice transjugulare, șunturi peritoneovenoase și în transplantul hepatic.

**1. TIPS** – șunturile portosistemice intrahepatice transjugulare (*transjugular intrahepatic portosystemic shunt*) au fost introduse inițial în hemoragiile digestive din ciroza hepatică, dar s-au dovedit eficiente și în terapia ascitei refractare, reducînd presiunea portală. Constă în realizarea sub control radiologic a unui șunt între venele suprahepatice și vena portă, printr-o proteză metalică autoexpandabilă.

**TIPS se recomandă în:**

- ✓ paracenteze mai frecvente de 3 ori per lună;
- ✓ paracenteze ineficiente;
- ✓ paracenteze contraindicate;
- ✓ ascită infectată;
- ✓ hernii ombilicale mari;
- ✓ dacă există hidrotorax recurent;
- ✓ sindrom hepatorenal.

#### **Caseta 21. Contraindicațiile TIPS**

- Bilirubina totală mai mare de 85  $\mu\text{mol/l}$  (5 mg/dl).
- Creatinina serică mai mare de 248  $\mu\text{mol/l}$  (2,8 mg/dl).
- Proteinurie mai mare de 0,5 g/zi.
- Encefalopatia, stadiile III–IV.
- Boala cardiacă.
- Coagulopatia severă.
- Vîrsta mai mare de 65 de ani.
- Hipertensiunea pulmonară.
- Sepsis.

**Caseta 22. Complicațiile TIPS-ului**

- Apariția encefalopatiei hepatice.
- Deteriorarea accentuată a funcției hepatice.
- Stenozarea lumenului TIPS.
- Puncția capsulei și hemoragia intrabdominală.

**Caseta 23. Șunturi peritoneovenose**

- Utile la cei rezistenți la diuretic, care nu au indicații pentru transplant hepatic și care nu pot suporta paracentezele repetate.
- Realizează o expansiune a volumului sangvin circulant prin transferul lichidului ascitic din cavitatea peritoneală în circulația generală, cu ajutorul unei valve unidirecționate.
- Complicațiile pot apărea frecvent: infecții bacteriene acute, coagulare intravasculară diseminată, sîngerare a varicelor esofagiene, insuficiență cardiacă congestivă, obstrucție a șuntului.

**Caseta 24. Transplantul hepatic**

- Transplantul hepatic rămîne o indicație fermă la pacienții cu ciroza hepatică și cu ascită refractară, însă se poate realiza la un număr redus de pacienți, în primul rînd, dat fiind disponibilitatea redusă, dar și alți factori cum sunt: abuzul de alcool, asocierea hepatocarcinomului, diverse infecții.
- Cei care pot beneficia de un transplant hepatic, montarea prealabilă a unui TIPS nu are consecințe negative, ci oferă un timp de așteptare mai lung și nu impiedică tehnic procedura.
- Supravețuirea la un an după transplantul hepatic este de 70-80%.

**C.2.4.7. Supravegherea pacienților**

**Tabelul 8. Supravegherea pacienților cu ascită în CH de către medicul de familie**

Intervențiile și procedurile diagnostice	Frecvența
<b>Obligatoriu</b>	
Controlul la medicul de familie	2 - 4 ori/an
Hemoleucograma, trombocitele	2-3 ori/an
ALT, AST, bilirubina, indexul protrombinic,	4 ori/an
Na și K în plasmă și în urină, glucoza	4 ori/an
Analiza generală a urinei	2 ori/an
α-fetoproteina	o dată/an
USG organelor abdominale	1-2 ori/an
ECG, microradiografia cutiei toracice,	
<b>Diagnosticul suplimentar de laborator</b>	
Ureea, proteina totală, alfa-fetoproteina	o dată/an
FGDS	

**Tabelul 9. Supravegherea pacienților cu ascită în CH de către medicul specialist**

Intervențiile și procedurile diagnostice	Frecvența
<b>Obligatoriu</b>	
Controlul la gastroenterolog, hepatolog	2 ori/an
Evaluarea encefalopatiei (teste psihomotorii)	
Hemoleucograma, trombocitele, reticulocitele	
ALT, AST, bilirubina, timpul de protrombină, fibrinogenul, albumina, ureea, creatinina, glucoza	
Na în plasmă și în urină	4 ori/an
Analiza generală a urinei	1-2 ori/an
$\alpha$ -fetoproteina	
USG organelor abdominale	
FGDS sau R-scopia esofagului și a stomacului	
ECG, microradiografia cutiei toracice,	
USG Doppler a sistemului portal	
Scintigrama hepatosplenică cu izotopii de Tc <sup>99</sup>	conform indicațiilor
Biopsia ficatului transcutanată „oarbă” sau sub controlului USG	
Tomografia computerizată	
Rezonanța magnetică nucleară	

### **C.2.5. Complicațiile ascitei în CH (subiectul protoalelor separate)**

- ✓ Peritonită bacteriană spontană
- ✓ Sindrom hepatorenal
- ✓ Hemoragie digestivă superioară
- ✓ Encefalopatie hepatică

## D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

<p><b>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic de familie;</li> <li>• asistenta medicului de familie;</li> <li>• laborant cu studii medii;</li> <li>• medic de laborator.</li> </ul> <p><b>Aparate, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru, fonendoscop, electrocardiograf, centimetru, cântar;</li> <li>• acces pentru USG abdominală;</li> <li>• acces pentru FGDS;</li> <li>• laborator clinic și biochimic standard pentru determinare de: analiză generală a sîngelui, trombocite, analiză generală a urinei, glucoză, index protrombinic, bilirubină și fracțiile ei, ALT, AST, <math>\alpha</math>-fetoproteină;</li> <li>• acces pentru analize imunologice și virusologice: AgHBs, anti-HBcor, anti-VHC, anti-VHD.</li> </ul> <p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diuretice: Spironolactonă, Furosemid;</li> <li>• aminoacizi (<i>per os</i>): Acid aspartic, Arginină;</li> <li>• beta-adrenoblocante: Propranolol, Nadolol;</li> <li>• inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei: Enalapril.</li> </ul>
<p><b>D.2. Secțiile/instituțiile specializate de ambulatoriu</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gastroenterolog certificat;</li> <li>• chirurg/gastrochirurg;</li> <li>• medic specialist în diagnostic funcțional;</li> <li>• radiolog;</li> <li>• medic laborant;</li> <li>• asistente medicale.</li> </ul> <p><b>Aparate, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru, fonendoscop, electrocardiograf, centimetru, cântar;</li> <li>• aparat pentru USG abdominală, venule pentru paracenteza abdominală;</li> <li>• fibrogastroduodenoscop;</li> <li>• cabinet radiologic;</li> <li>• laborator clinic și biochimic pentru determinare de: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ analiză generală a sîngelui, trombocite, reticulocite, analiză generală a urinei, glucoză, index protrombinic, bilirubină și fracțiile ei, ALT, AST, GGTP, fosfatază alcalină, proteină totală, albumina, K, Na seric și urinar, Fe seric, transferină, uree, creatinină, lipidogramă: HDLC, LDLC, trigliceride, fosfolipide;</li> <li>✓ analiză a lichidului ascitic: microscopic, macroscopic.</li> </ul> </li> <li>• laborator imunologic pentru determinarea markerilor virali ai hepatitelor B, C și D; a markerilor bolilor hepatice autoimune: ANA, AMA, SMA, anti-LKM etc.;</li> <li>• acces pentru efectuarea examinărilor: USG-Doppler, TC, RMN, scintigrafia hepatosplenică.</li> </ul>

	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diuretice: Spironolactonă (Amilorid), Furosemid (Torasemid*).</li> <li>• Aminoacizi (<i>per os</i>): Acid aspartic, Arginină.</li> <li>• Beta-adrenoblocante: Propranolol, Nadolol.</li> <li>• Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei: Enalapril.</li> </ul>
<p><b>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de terapie ale spitalelor raionale, municipale</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• internist;</li> <li>• medic specialist în diagnostic funcțional;</li> <li>• medic specialist în ultrasonografie și în endoscopie;</li> <li>• medic-imagist;</li> <li>• asistente medicale;</li> <li>• acces la consultații calificate: gastrolog/hepatolog, neurolog, nefrolog, endocrinolog, chirurg/gastrochirurg.</li> </ul>
	<p><b>Aparate, utilaj:</b> aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și a procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru, fonendoscop, electrocardiograf, centimetru, cântar, venule pentru efectuarea paracentezei abdominale de diagnostic și terapeutice;</li> <li>• aparat pentru USG abdominală;</li> <li>• fibrogastroduodenoscop;</li> <li>• cabinet radiologic;</li> <li>• laborator clinic și biochimic pentru determinare de: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ analiză generală a sîngelui, trombocite, reticulocite, analiza generală a urinei, glucoză, index protrombinic, bilirubină și fracțiile ei, ALT, AST, GGTP, fosfatază alcalină, proteină totală și fracțiile ei, albumină, K, Na seric și urinar, Fe seric, uree, creatinină, fibrinogen, lipidogramă: HDLC, LDLC, trigliceride, fosfolipide;</li> <li>✓ analiză a lichidului ascitic: macroscopică, microscopică, biochimică, citologică.</li> </ul> </li> <li>• laborator imunologic pentru determinarea markerilor virali ai hepatitelor B, C și D;</li> <li>• acces pentru efectuarea examinărilor: USG-Doppler, TC, scintigrafia hepatosplenică;</li> <li>• laborator bacteriologic.</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enumerate pentru tratamentul la nivel de instituții consultativ-diagnostice, preponderent pentru introducere parenterală.</li> <li>• Diuretice: Spironolactonă (Amilorid), Furosemid (Torasemid*) <i>per os</i> sau intravenos.</li> <li>• Aminoacizi: Aminoplasmal Hepa*** 10%, Hepasol***.</li> <li>• Albumină, sînge și preparate de sînge, plasmă nativ congelată.</li> <li>• Soluții de electroliți și coloidale: K, Na, Dextran 70, Dextran 40 etc.</li> </ul>

**Notă:** \* preparatul nu este înregistrat în RM  
\*\*\*preparat compus

<p><b>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: Secții de gastrologie/ hepatologie ale spitalelor municipale și republicane</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gastrolog/hepatolog;</li> <li>• medic specialist în diagnostic funcțional;</li> <li>• medic specialist în ultrasonografie și în endoscopie;</li> <li>• medic-imagist;</li> <li>• asistente medicale;</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 a procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru, fonendoscop, electrocardiograf, centimetru, cântar, venule pentru efectuarea paracentezei abdominale de diagnostic și terapeutice;</li> <li>• aparat pentru USG abdominală;</li> <li>• fibrogastroduodenoscop;</li> <li>• cabinet radiologic,</li> <li>• laborator clinic și biochimic pentru determinare de: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ analiză generală a sîngelui, trombocite, reticulocite, analiză generală a urinei, glucoză, index protrombinic, bilirubină și fracțiile ei, ALT, AST, GGTP, fosfatază alcalină, proteină totală și fracțiile ei, albumină, K, Na seric și urinar, Fe seric, transferină, uree, creatinină, fibrinogen, lipidogramă: HDLC, LDLC, trigliceride, fosfolipide;</li> <li>✓ analiză a lichidului ascitic: macroscopică, microscopică, biochimică, citologică.</li> </ul> </li> <li>• laborator imunologic pentru determinarea markerilor virali ai hepatitelor B, C și D; a markerilor bolilor hepatice autoimune: ANA, AMA, SMA, anti-LKM etc.;</li> <li>• acces pentru efectuarea examinărilor: USG-Doppler, TC, RMN, scintigrafia hepatosplenică, ADN VHB, ARN VHC, ARN VHD prin PCR;</li> <li>• laborator bacteriologic;</li> <li>• laparoscopie (puncție-biopsie peritoneală);</li> <li>• colangiografie endoscopică retrogradă;</li> <li>• angiografie;</li> <li>• puncție-biopsie hepatică;</li> <li>• tomografie spiralată;</li> <li>• laborator de urgență;</li> <li>• laborator bacteriologic.</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enumerate pentru tratamentul la nivel de instituții consultativ-diagnostice, preponderent pentru introducere parenterală.</li> <li>• Diuretice: Spironolactonă (Amilorid), Furosemid (Torasemid*), <i>per os</i> sau intravenos.</li> <li>• Antagoniști simpatici cu acțiune centrală – Clonidină**.</li> <li>• Vazoconstrictoare – Midodrină**.</li> <li>• Aminoacizi: Aspartat de arginina, Aminoplasma Hepa*** 10%, Hepasol***.</li> <li>• Albumină, sînge și preparate de sînge, plasmă nativ congelată.</li> <li>• Soluții de electroliți și coloide: K, Na, Dextran 70, Dextran 40 etc.</li> </ul>

**Notă:** \* preparatul nu este înregistrat în RM

\*\*medicamente care sunt evaluate în studii randomizate, controlate, dar care nu sunt incluse în ghidurile de Consens (la momentul elaborării PCN).

\*\*\* preparat compus

## E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori măsurile profilactice în prevenirea, apariția și în progresia rapidă a ascitei la pacienții cu CH	<p>1.1. Ponderea pacienților adulți cu CH, cărora în mod documentat, li s-a oferit informații (discuții, ghid al pacientului etc.) despre factorii de risc în apariția și în progresia ascitei de către medicul de familie, pe parcursul unui an</p> <p>1.2. Ponderea pacienților adulți cu CH, cărora în mod documentat, li s-a oferit informații (discuții, ghid al pacientului etc.) despre factorii de risc în apariția și în progresia ascitei de către medicul din staționar, pe parcursul unui an</p>	Numărul de pacienți adulți cu CH, cărora, în mod documentat, li s-a oferit informații (discuții, ghid al pacientului etc.) despre factorii de risc în apariția și în progresia ascitei de către medicul de familie, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți adulți cu CH, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an
2.	A ameliora depistarea ascitei, cauzate de CH, în stadiul inițial (I)	<p>2.1. Ponderea pacienților adulți, diagnosticați în stadiul inițial (stadiul I) al ascitei, cauzate de CH, pe parcursul unui an</p> <p>2.2. Ponderea pacienților adulți, diagnosticați în stadiul inițial (stadiul I) al ascitei, cauzate de CH, pe parcursul ultimului an x 100</p>	Numărul de pacienți adulți cu CH, cărora, în mod documentat, li s-a oferit informații (discuții, ghid al pacientului etc.) despre factorii de risc în apariția și în progresia ascitei de către medicul din staționar, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți adulți cu CH, care au administrat tratament în staționar pe parcursul ultimului an
3.	A spori calitatea examinării și a tratamentului acordat pacienților cu ascită, cauzată de CH	<p>3.1. Proportia pacienților adulți cu ascită, cauzată de CH, examinați și tratați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Ascita în ciroza hepatică la adult</i>, în condiții de ambulatoriu pe parcursul unui an</p> <p>3.2. Ponderea pacienților adulți cu ascită, cauzată de CH, examinați și tratați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Ascita în ciroza hepatică la adult</i>, în staționar, pe parcursul unui an</p>	Numărul de pacienți adulți cu ascită, cauzată de CH, examinați și tratați conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Ascita în ciroza hepatică la adult</i> , în condiții de ambulatoriu, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți adulți cu ascită, cauzată de CH, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an



Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
4.	A spori numărul de pacienți cu CH, la care ascita, cauzată de CH, este controlată adecvat	<p>4.1. Pondereea pacienților adulți cu ascită, cauzată de CH, supravegheați de către medicul de familie, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Ascita în ciroza hepatică la adult</i>, pe parcursul unui an</p> <p>4.2. Pondereea pacienților adulți cu ascită, cauzată de CH, care au dezvoltat stadiul III, pe parcursul unui an</p>	<p>Numărul de pacienți adulți cu ascită, cauzată de CH, supravegheați de către medicul de familie, conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Ascita în ciroza hepatică la adult</i>, pe parcursul ultimului an x 100</p> <p>Numărul de pacienți adulți cu ascită, cauzată de CH, care au dezvoltat stadiul III, pe parcursul unui an x 100</p>	<p>Numărul total de pacienți adulți, cu diagnosticul de ascită, cauzată de CH, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an</p> <p>Numărul total de pacienți adulți, cu diagnosticul de CH, care se află sub supravegherea medicului de familie, pe parcursul ultimului an</p>



## ANEXE

### Anexa 1. Principiile alimentației raționale

- Interzicerea oricărui consum de alcool și asigurarea unei alimentații raționale.
- În ciroza hepatică cu ascită, se recomandă:

1. **Reducerea consumului de sare** (limitarea consumului de sodiu (sare) este elementul de baza al tratamentului ascitei și al edemelor.

**Rețineți:**

- Nu există aliment fără sare; trebuie alese însă cele care au un conținut cât mai mic.
- Alimentele de origine animală au, în general, un conținut mai mare de sare decât cele vegetale.
- Puteți să supliniți lipsa sării și să vă faceți masa mai apetisantă adăugând suc de lămâie, ceapă, mărar, pătrunjel, sare fără sodiu.
- Consumați alimente proaspete sau congelate (alte metode de conservare presupun utilizarea sării).

2. **Reducerea cantității de lichide** (consumul de lichide trebuie limitat la 500-1000 ml/zi, atunci când sunt prezente edemele și ascita).

3. **Restricția consumului de proteine și alegerea corectă a tipului de proteine** (consumul mare de proteine poate determina apariția encefalopatiei, motiv pentru care în această etapă consumul lor va trebui redus la 30-50 g/zi sau mai puțin). Alimente bogate în proteine sunt: carnea și preparatele de carne, peștele, ouăle, laptele, brânza. Alimentele sărace în proteine sunt: uleiul, untul, margarina, zahărul, fructele, legumele, făinoasele.

4. **Suplimentarea aportului energetic** (în cazul apariției edemelor și a ascitei, necesarul energetic al organismului este mai mare, aportul energetic redus poate favoriza apariția encefalopatiei). Glucidele reprezintă cea mai importantă sursă de energie pentru organism: 1 g de glucide conține 4 Kcalorii,

-Alimentele bogate în carbohidrați: zahăr, dulceață, gem, miere de albine, pâine, făinoase, fructe dulci, lapte, legume, cartofi.

-Alimentele sărace în carbohidrați: unt, margarină, ulei, carne, pește, brânză.

5. **Aportul crescut de potasiu** (potasiul se pierde din organism în timpul tratamentului diuretic și trebuie suplimentat în mod obligatoriu medicamentos (Clorura de potasiu) sau prin alimentație. Alimentele bogate în potasiu sunt, în general, legumele (cartofi, spanac, roșii, ciuperci) și fructele (piersici, caise, banane, fructele uscate, sucurile proaspete de fructe). Lipsa potasiului este semnalată de astenia, oboseala marcantă, crampele musculare (cîrceii).

6. **Aportul crescut de fibre alimentare.** Alimente cu conținut crescut de fibre: pâine neagră, intermediară, fructe, cartofi, orez.

## **Anexa 2. Ghidul pacientului cu ascită în ciroza hepatică**

### ***Ce este ascita?***

*Ascita* este o acumulare de lichid în cavitatea abdominală care se manifestă prin creșterea abdomenului în volum. Abdomenul capătă forme: de butoi, abdomen de batrician.

***Cînd apare ascita?*** Ascita apare la bolnavii de ciroză hepatică care nu fac tratamentul adecvat diuretic, nu respectă regimul alimentar, hidric și face abuz de sare în alimentare; sau la care se asociază pneumonia, se acutizează pielonefrita, pancreatita.

### ***Ce trebuie de făcut cînd apare ascita?***

- Este necesar de a vă adresa medicului de familie care, ulterior, vă va direcționa spre specialist.

### ***În caz de apariția a ascitei în fiecare dimineață este necesar:***

- Aprecierea masei corporale, volumul abdomenului la nivelul ombilicului (mărirea în volum a abdomenului și a masei corporale indică creșterea reținerii lichidelor în organism).
- Măsurarea echilibrului lichidelor per zi (diureza): sumarea tuturor lichidelor ingerate (ceai, cafea, apă, supă, fructe etc.); sumarea tuturor lichidelor eliminate prin urinare. Scopul comun – diureza pozitivă, cu alte cuvinte bolnavul cu edeme sau cu ascită trebuie în decurs de o zi să elimine aproximativ cu 200 ml mai mult decît a consumat: cantitatea de lichid eliminată prin urinare per zi minus cantitatea de lichide ingerată per zi = 200-300 ml.
- Nu uitați că pierderea în cantități mari de lichide cu urina poate provoca encefalopatie. Doza de diuretice trebuie hotărîtă împreună cu medicul curant. Dacă urina se elimină în cantități mari, anunțați urgent medicul curant.

### **Concluzie**

Apariția ascitei este o etapă importantă în evoluția cirozei hepatice. Conduita adecvată a ascitei nu numai ameliorează calitatea vieții pacientului cu ciroză, dar permite prevenirea complicațiilor severe așa ca hemoragia digestivă superioară, peritonita bacteriană spontană, sindromul hepatorenal. Pentru tratamentul eficace al ascitei este nevoie de combinarea reușită a regimului dietetic și celui hidric, cu aprecierea permanentă a diurezei și a indicilor de laborator, aplicarea metodelor contemporane de tratament diuretic, reușita căruia va fi evaluată amănunțit prin aplicarea tuturor indicilor de eficacitate. Abordările diagnostice și terapeutice ale fiecărui caz de ascită vor fi individualizate și bine argumentate, iar reușita va depinde atît de complianța pacientului, cît și de competența medicilor.

## BIBLIOGRAFIE

1. Hepatologie bazată pe dovezi. Ghid practic național. Sub redacția V-T. Dumbrava, Chișinău, 2005, 334 p.
2. Kuiper J. J., de Man R. A., van Buuren H. R. Review article: Management of ascites and associated complications in patients with cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther.*, 2007 Dec; 26 Suppl. 2: 183-93.
3. Moore K. P., Aithal G. P. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *Gut.* 2006 Oct; 55 Suppl. 6: vi1-12.
4. Moore K. P., Wong F., Gines P. et al. The management of ascites in cirrhosis: Report on the consensus conference of the International Ascites Club. *Hepatology*, 2003; 38: 258–66.
5. Moreau R., Valla D. C., Durand-Zaleski I. et al. Comparison of outcome in patients with cirrhosis and ascites following treatment with albumin or a synthetic colloid: a randomized controlled pilot trial. *Liver Int.*, 2006; 26: 46–54.
6. Medicina internă. Volumul II. Gastroenterologie, hepatologie, reumatologie sub. red. C. Babiuc, V. Dumbrava, Chișinău, 2007.
7. Rossle M., Grandt D. TIPS an update. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2004; 18(1): 99-123.
8. Runyon B. A. Practice Guidelines Committee, American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). Management of adult patients with ascites due to cirrhosis. *Hepatology.* 2004 Mar; 39(3): 841-56.
9. Santos J., Planas R., Pardo A. et al. Spironolactone alone or in combination with furosemide in the treatment of moderate ascites in nonazotemic cirrhosis. A randomized comparative study of efficacy and safety. *J. Hepatol.*, 2003; 39: 187–92.
10. Falck-Ytter Y., Mc.Cullough A. j. Cirrhosis. American College of Physicians. PIER, Physicians Information and Education Resource, 2006.
11. Планы ведения больных. Москва, 2007, с. 238-272.

