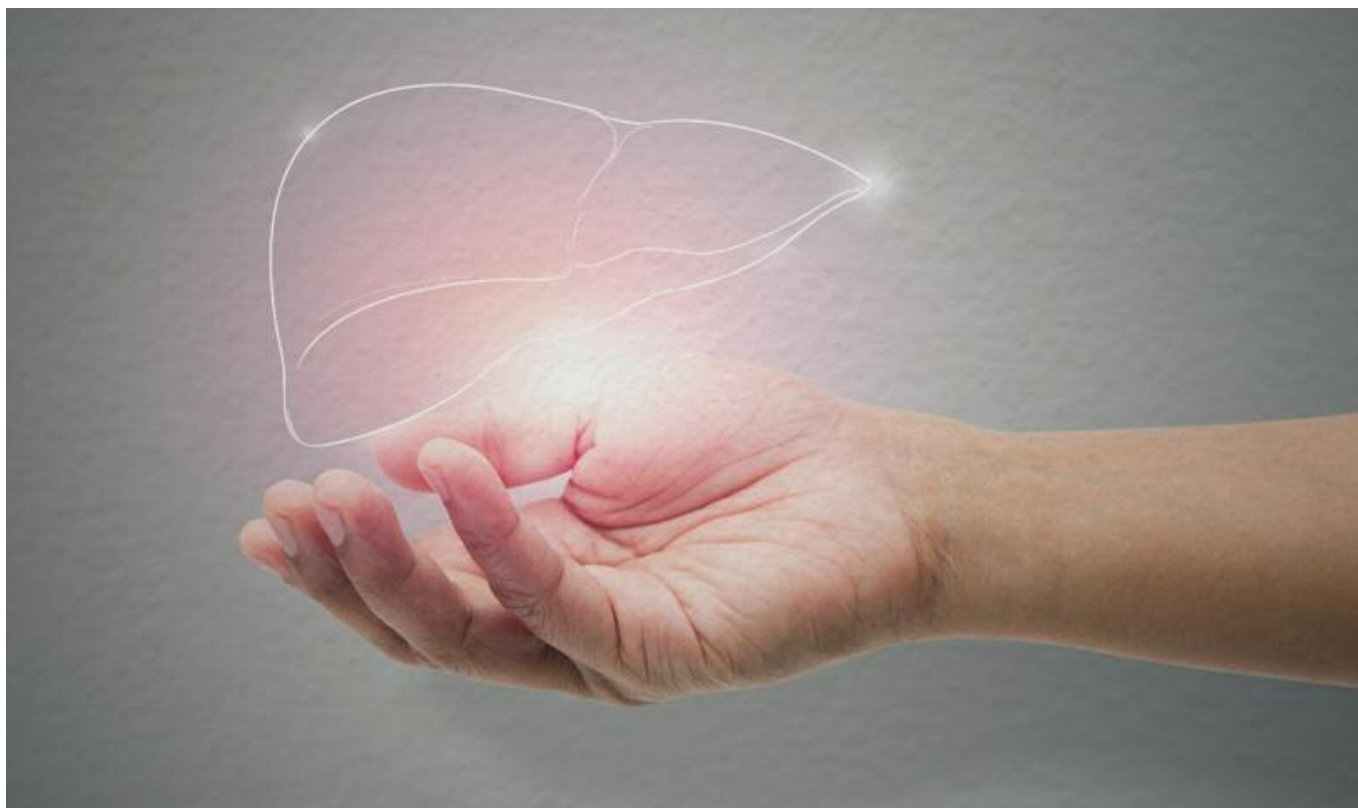


# Ведение пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени: рекомендации AACE и AASLD, 2022



**Н**еалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) – это наиболее распространенное хроническое заболевание печени, от которого страдают 25% населения мира. От 12 до 14% людей с НАЖБП имеют более «агрессивную» форму болезни, известную как неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), который может прогрессировать до выраженного фиброза печени, цирроза или рака печени.

Специалисты Американской ассоциации клинических эндокринологов (American Association of Clinical Endocrinology, AACE) и Американской ассоциации по изучению болезней печени (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD) разработали рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени. Документ предназначен для врачей амбулаторного звена (терапевтов, эндокринологов, гастроэнтерологов) и недавно опубликован в официальном журнале ассоциаций «Endocrine Practice». Авторы работы представили ответы на самые важные и часто задаваемые клиницистами вопросы, которые и были включены в окончательную версию.

**Кого из пациентов с НАЖБП следует отнести к группе «высокого риска» клинически значимого фиброза (стадии F2–F4) и цирроза печени?**

Клиницист, назначая исследования с применением методов визуализации пациентам с ожирением и/или признаками метаболического синдрома, с предиабетом или сахарным диабетом (СД) 2-го типа и стеатозом печени или консультируя больных с повышенными в течение более 6 мес уровнями аминотрансфе-

раз в плазме, должен помнить, что именно таким категориям больных следует провести скрининг на наличие НАЖБП или НАСГ. Пациенты, перенесшие бариатрическую операцию, также должны быть обследованы на наличие НАСГ, а во время проведения бариатрической операции следует рассмотреть вопрос о биопсии печени.

**Результаты каких анализов (например, диагностических панелей и/или специфических биомаркеров) можно использовать для диагностики НАЖБП с клинически значимым фиброзом (стадии F2–F4) у взрослых?**

Для оценки риска НАЖБП с фиброзом печени можно начать с индекса FIB-4, при расчете которого оцениваются возраст, количество тромбоцитов, уровень аспартатаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ).

$$FIB-4 = \frac{\text{возраст (годы)} \cdot АСТ \left(\frac{Ед}{л}\right)}{\text{тромбоциты} \left(\frac{10^9}{л}\right) \cdot \sqrt{АЛТ \left(\frac{Ед}{л}\right)}}$$

При значении индекса FIB-4  $\geq 2,67$  с достоверностью 80% можно утверждать о наличии выраженного фиброза, при уровне FIB-4  $\leq 1,30$  с достоверностью 90% – об отсутствии значимого фиброза [1, 2]. Интервал значений индекса FIB-4 от 1,3 до 2,67 попадает в «слепую зону», что не позволяет отнести его к универсальным методам оценки фиброза при НАЖБП.

Специалистам следует направить лиц, принадлежащих к группам «высокого риска» с неопределенным или высоким баллом

FIB-4, на дальнейшее обследование с помощью транзистентной эластографии или ELF-теста, который основан на принципе определения в крови количественного соотношения органических соединений, свойственных для процесса фиброза [3].

● **Какие методы визуализации можно использовать для диагностики НАЖБП с клинически значимым фиброзом (стадии F2–F4) у взрослых?**

Чтобы определить степень риска фиброза у лиц с НАЖБП, можно использовать технологию Vibration-Controlled Transient Elastography (VCTE) – транзистентную эластографию с контролируемой вибрацией, поскольку она лучше всего подходит для выявления заболеваний печени и прогнозирования их исходов. Могут быть рассмотрены альтернативные методы визуализации, включая эластографию сдвиговой волной (менее подтвержденная) и/или магнитно-резонансную эластографию (наиболее точная, но с высокой стоимостью и ограниченной доступностью; лучше всего, если результаты сможет проанализировать гепатолог).

● **Следует ли всем лицам с СД проходить скрининг на клинически значимый фиброз (стадии F2–F4), связанный с НАЖБП?**

Да, у пациентов с СД 2-го типа даже при нормальном уровне ферментов печени стоит рассмотреть возможность проведения скрининга на клинически значимый фиброз (стадии F2–F4) с оценкой индекса FIB-4.

Пациентам с СД 1-го типа скрининг НАЖБП с клинически значимым фиброзом (стадии F2–F4) с анализом индекса FIB-4 показан только при наличии таких факторов риска, как ожирение, признаки метаболического синдрома, повышенный уровень аминотрансфераз в плазме (>30 ЕД/л) или стеатоз печени при визуальном исследовании.

Клиницистам следует проводить дальнейшую стратификацию пациентов с СД 2-го типа или СД 1-го типа с кардиометаболическими факторами риска и/или повышенным уровнем аминотрансфераз в плазме (>30 ЕД/л) с оценкой индекса FIB-4, эластографии и/или ELF-теста.

● **Кому необходима консультация гастроэнтеролога/гепатолога?**

Пациентов с повышенными уровнями АЛТ или АСТ и/или со стеатозом печени с неопределенным (FIB-4, 1,3–2,67; LSM, 8–12 кПа; или тест ELF, 7,7–9,8) или с высоким риском (FIB-4, >2,67, LSM, >12 кПа, или тест ELF, >9,8) на основании анализов крови и/или данных визуальных методов исследования следует направлять к гастроэнтерологу или гепатологу для дальнейшего обследования, которое может включать и биопсию печени. Также консультации требуют клинические признаки заболевания печени (асцит, печеночная энцефалопатия, варикозно расширенные вены пищевода или признаки дисфункции печени).

● **Как следует корректировать образ жизни, диету и физические нагрузки у больных с НАЖБП?**

Пациентам с ожирением и НАЖБП необходимо поставить цель – снижение массы тела не менее чем на 5%, предпочтительно на ≥10%, поскольку значительное похудение связано с лучшим гистологическим и кардиометаболическим эффектом. Пациентам с НАЖБП врачи должны рекомендовать диету пониженной калорийности для создания дефицита энергии (с ограничением насыщенных жиров, крахмала и добавленного сахара) и перестраивать рацион на более здоровые модели питания, такие как средиземноморская диета. Людям с НАЖБП необходима физическая активность, которая снижает кардиометаболические риски.

● **Кому показан скрининг на НАЖБП и сопутствующие заболевания?**

Дети и подростки с ожирением или СД 2-го типа (но не СД 1-го типа) должны пройти скрининг на НАЖБП с использованием АЛТ в сыворотке. Кроме того, диагностические скрининговые исследования с оценкой сывороточного уровня АЛТ должны пройти девочки-подростки с синдромом поликистозных яичников. Важно проводить скрининг у детей и подростков с НАЖБП на предмет предиабета или СД 2-го типа с помощью перорального теста на толерантность к глюкозе, если уровень глюкозы натощак составляет ≥100 мг/мл или если уровень гликированного гемоглобина находится в диапазоне от ≥5,7% до 6,4% (предиабет).

**Подготовлено по материалу:** Cusi K, Isaacs S, Barb D et al. American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Primary Care and Endocrinology Clinical Settings. *Endocrine Practice* 2021; 28 (Issue 5): 528–562. DOI: 10.1016/j.eprac.2022.03.010

**Литература**

1. Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Яковенко Э.П., Зятенкова Е.В. Неинвазивные методы выявления прогрессирующего фиброза у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени. *Профилактическая медицина*. 2019; 22 (2): 82–8.
2. Shah AG, Lydecker A, Murray K. Comparison of noninvasive markers of fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7: 1104–12. DOI: 10.1016/j.cgh.2009.05.033
3. Славко Е.А., Шижаева Е.В., Сатубалдина А.Г. Неинвазивные методы диагностики фиброза при диффузных заболеваниях печени. *Вестник Казахского национального медицинского университета*. 2017; 1: 17–20.

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено.