

Неалкогольная жировая болезнь печени. Вопросы и ответы

– **Неалкогольная жировая болезнь печени** (далее НАЖБП) считается одним из самых частых хронических заболеваний печени в мире.

Насколько оно распространено в России?

Действительно, НАЖБП – весьма часто встречающаяся хроническая патология печени, «обогнавшая» во многих странах алкогольную болезнь печени и хронические вирусные гепатиты. Ее распространенность в мире варьирует от 6,3 до 33%, составляя в среднем 20%. Надо заметить, что в последние годы наметился существенный рост НАЖБП в тех странах, где она ранее наблюдалась редко (например, в Индии). В России, согласно опубликованным в 2007 г. результатам исследования DIREG, НАЖБП страдают 27% населения: у 21,7% отмечается стеатоз печени, у 4,5% – стеатогепатит, у 0,8% – цирроз. Следовательно, таких больных десятки миллионов в нашей стране и сотни миллионов в мире.

– **Чем эта болезнь опасна для пациентов? К каким негативным последствиям она может привести?**

Можно выделить две группы последствий НАЖБП – печеночные и внепеченочные. К первым относится прогрессирование заболевания от стадии стеатоза (жировой дистрофии печени) через стеатогепатит и стеатогепатит с фиброзом до цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. При этом рак печени может развиваться и у пациента без цирроза, особенно при высокой активности воспаления. Вторая группа представлена преимущественно повышением риска сердечно-сосудистой патологии. В ряде исследований продемонстрировано, что в популяции пациентов с НАЖБП достоверно выше показатели смертности от ишемической болезни сердца и цереброваскулярной болезни.

– **Что лежит в основе развития НАЖБП? Каковы факторы риска?**

Патогенетических факторов много. К ним относятся генетический полиморфизм ряда биологически активных медиаторов, инсулинорезистентность, окислительный стресс, изменения состава кишечной микрофлоры и т.д. Чаще НАЖБП развивается у лиц с избыточной массой тела, выступая, по сути, компонентом метаболического синдрома. Вместе с тем актуальна проблема «НАЖБП без ожирения», по-видимому, имеющей генетическую природу. Интересно, что у детей и подростков с подобной патологией такие составляющие метаболического синдрома, как артериальная гипертензия, атерогенная дислипидемия, сахарный диабет 2-го

типа развиваются существенно раньше, чем в общей популяции. То есть в ряде случаев патология печени оказывается первичной.

– Какими, по Вашему мнению, должны быть основные профилактические меры?

Основная мера – поддержание массы тела в пределах нормы. Это не гарантирует защиту от НАЖБП, но значительно снижает риск ее развития. Надо уменьшить в рационе долю насыщенного жира, быстроусваиваемой фруктозы, употреблять больше свежих овощей и несладких фруктов. Протективным эффектом обладают также грудное вскармливание, аэробные физические нагрузки, натуральный кофе, и, как ни удивительно, небольшие дозы алкоголя – не более 30 г этанола в день для мужчин и не более 20 г для женщин. У абсолютных трезвенников частота НАЖБП выше.

– Расскажите, пожалуйста, о симптомах развития НАЖБП.

В подавляющем большинстве случаев при НАЖБП, впрочем, как и при других хронических заболеваниях печени, никаких симптомов нет. Они появляются после, когда пациент узнает о своей болезни-)) Путь к диагнозу начинается, как правило, либо из кабинета УЗИ, либо из лаборатории, где обнаружены измененные биохимические показатели.

– Какие методы диагностики заболевания используются в нашей стране и за рубежом?

В качестве скрининговых методов применяются УЗИ печени и биохимический анализ крови. При УЗИ хорошо виден стеатоз; среди биохимических показателей особое внимание уделяют активности аланиновой и аспарагиновой трансаминазы, гамма-глутамилтранспептидазы, липидному и углеводному профилю. Для оценки степени фиброза применяют фиброэластографию с модифицированными программами, некоторые сывороточные маркеры обмена соединительной ткани. Из новых методов оценки стеатоза, пока не получившим распространения в России, можно назвать магнитно-резонансное определение протонной фракции жира. Однако «золотым стандартом» диагностики НАЖБП остается биопсия печени.

– Насколько эффективны современные подходы к терапии НАЖБП? В чем они заключаются?

Для пациентов с НАЖБП и ожирением основной подход, имеющий высший доказательный уровень 1А – это модификация образа жизни, заключающаяся

в уменьшении жиров и углеводов в рационе в сочетании с динамическими физическими упражнениями. Пациентам с морбидным ожирением показана бариатрическая хирургия, которая может повлиять не только на стеатоз и воспаление, но и уменьшить фиброз. Относительно фармакотерапии результаты исследований пока неоднозначные, в настоящее время она рассматривается в качестве дополнения к снижению веса. Пока неясно, как помочь больным с НАЖБП без ожирения.

– Какие препараты, российские и зарубежные, сегодня входят в стандарты лечения НАЖБП?

Рекомендации Американской ассоциации по изучению болезней печени (AASLD) спектр лекарственных средств с доказательной базой ограничивают пиоглитазоном и витамином E. Следует обратить внимание, что побочные эффекты данных препаратов в лечебных дозах весьма существенны, а терапевтические эффекты лимитированы. Отечественные рекомендации более «либеральны» и, помимо указанных субстанций, включают метформин, урсодезоксихолевую кислоту, аденозилметионин, глицирризин, и др. Необходимо принимать во внимание, что их эффективность определялась в исследованиях разной доказательной ценности.

– Входят ли препараты для лечения НАЖБП в перечень ЖНВЛП?

Некоторые из числа включенных в российские рекомендации входят, в частности, метформин, урсодезоксихолевая кислота, адеметионин, глицирризин.

– Разрабатываются ли в настоящее время новые препараты для лечения НАЖБП? Какие исследования в данной области сегодня проводятся?

Учитывая актуальность проблемы и число пациентов, исследований проводится много. В качестве перспективных рассматриваются не менее десятка субстанций, однако многофакторный патогенез НАЖБП ставит под сомнение возможность разработки унифицированного подхода для всех пациентов. На сегодняшний день наиболее весомые клинические доказательства получены в отношении обетихоловой кислоты (агонист фарнезоидного X-рецептора) и элафибранора (агонист PPAR α/δ).