Метаболически ассоциированная жировая болезнь печени у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K75.8, K76.0 · Союз педиатров России, Автономная некоммерческая организация "Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов"

МАЖБП у детей — хроническое заболевание с накоплением жира в печени на фоне избыточной массы тела или ожирения и кардиометаболических нарушений, после исключения других причин стеатоза. Рекомендация посвящена диагностике стеатоза, МАСГ и фиброза, преимущественно немедикаментозному лечению и наблюдению детей.

Главное

- Диагноз МАЖБП предполагает стеатоз печени по данным визуализации или биопсии у ребенка с избыточной массой тела/ожирением, минимум одним кардиометаболическим фактором риска и исключенными генетическими заболеваниями, инфекциями, этанолом, лекарственными препаратами и голоданием как причинами стеатоза.
- К кардиометаболическим критериям относятся: окружность талии >90-го перцентиля; глюкоза натощак >5,6 ммоль/л в капиллярной крови или >6,1 ммоль/л в венозной плазме, постпрандиальная глюкоза >7,8 ммоль/л, HbA1c >5,7% или сахарный диабет 2 типа; АД ≥130/85 мм рт. ст. либо выше 90-го перцентиля; триглицериды ≥1,13 ммоль/л до 9 лет или ≥1,47 ммоль/л в 10–18 лет; ЛПВП <1,04 ммоль/л.
- МАЖБП включает простой стеатоз и МАСГ. При МАСГ присутствуют стеатоз и воспаление, возможно развитие фиброза; эта форма прогрессирует с риском цирроза и гепатоцеллюлярного рака.
- Заболевание часто протекает бессимптомно, а выраженность жалоб не отражает степень поражения печени. Значительная гепатомегалия более чем на 2–3 см из-под края реберной дуги и спленомегалия для МАЖБП нехарактерны.
- Скрининг проводят детям 9–11 лет с ожирением (ИМТ ≥95-го перцентиля), избыточной массой тела (ИМТ ≥85-го и <94-го перцентиля) при дополнительных факторах риска: центральном ожирении, инсулинорезистентности, преддиабете или диабете, дислипидемии, апноэ во сне либо отягощенном семейном анамнезе.
- Первая линия лечения — изменение образа жизни: коррекция питания, стабилизация или снижение SDS ИМТ и увеличение физической активности. Семейный подход важен, поскольку рацион и активность ближайшего окружения влияют на лечение ребенка (УУР С, УДД 5).
- Рутинная фармакотерапия и биологически активные добавки детям с МАЖБП не рекомендуются из-за отсутствия убедительной эффективности (УУР С, УДД 5). Лекарственные средства при наличии показаний используют вместе с диетой и физической активностью, особенно при коморбидной патологии или прогрессировании заболевания.

Диагностика

1. Соберите индивидуальный и семейный анамнез: ожирение и сахарный диабет у матери во время беременности, МАЖБП у родителей, особенности питания, потребление подслащенных напитков и фруктозы, уровень физической активности, наличие ожирения, гипертензии, диабета 2 типа и дислипидемии (УУР С, УДД 5).
2. Оцените рост, массу тела, ИМТ с расчетом SDS, окружность талии, тип ожирения и артериальное давление; осмотрите кожу на предмет черного акантоза, пальпируйте и перкутируйте печень и селезенку (УУР С, УДД 5). Ожирение соответствует ИМТ ≥+2,0 SDS, избыточная масса тела — от +1,0 до +2,0 SDS; абдоминальное ожирение — окружность талии >90-го перцентиля.
3. Выполните общий анализ крови и биохимический анализ крови с АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, общим и конъюгированным билирубином, общим белком и альбумином (УУР С, УДД 5). Постоянное более 3 месяцев повышение АЛТ более чем в 2 раза выше верхней границы нормы требует обследования на МАСГ или другие причины хронического гепатита, при необходимости — биопсии.

4. При стеатозе исследуйте глюкозу крови, инсулин натощак и HbA1c, а также липидный профиль; дополнительно выполните общий анализ мочи с полуколичественным определением альбумина или белка (УУР С, УДД 5). Нарушения углеводного обмена соответствуют глюкозе натощак >5,6 ммоль/л в капиллярной крови или >6,1 ммоль/л в венозной плазме, постпрандиальной глюкозе >7,8 ммоль/л либо HbA1c >5,7%.
5. Начните визуальную диагностику с УЗИ органов брюшной полости и гепатобилиарной зоны как метода первой линии (УУР В, УДД 2). УЗ-признаки стеатоза: диффузная гиперэхогенность и неоднородность паренхимы, нечеткость или подчеркнутость сосудистого рисунка, дистальное затухание эхосигнала.
6. Для количественной оценки стеатоза используйте контролируемое затухание при эластометрии как метод второй линии; стеатозу соответствуют значения >249 дБ/м. Альтернатива в специализированной организации — MPT-PDFF, минимальный порог определения жира составляет 5% (УУР В, УДД 2 для контролируемого затухания; УУР С, УДД 2 для MPT-PDFF).
7. Оцените фиброз транзиентной эластографией: 5,9–7,2 кПа соответствует F1, 7,3–9,5 кПа — F2, 9,6–12,5 кПа — F3, >12,5 кПа — F4, циррозу (УУР С, УДД 5). При недоступности транзиентной эластографии применяют эластографию сдвиговой волной (УУР С, УДД 4).
8. При выявлении стеатоза у детей младше 10 лет или наличии симптомов «тревоги» направьте ребенка к врачу-генетику для исключения врожденных заболеваний обмена (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Назначьте изменение образа жизни как основу лечения: сбалансированное возрастное питание, снижение или стабилизация SDS ИМТ, регулярную физическую активность и работу с семьей (УУР С, УДД 5).
- Планируйте аэробные и силовые нагрузки средней или высокой интенсивности не менее 60 минут в день 3 раза в неделю; объем и интенсивность адаптируйте к возрасту, физической подготовке и коморбидным состояниям (УУР А, УДД 1). При низкой тренированности начинайте с меньшей нагрузки и постепенно ее увеличивайте.
- Сократите экранное время до менее 2 часов в день (УУР С, УДД 3).
- В рационе сохраняйте возрастные физиологические потребности, организуйте 4–5 приемов пищи, включая 3 основных и 1–2 перекуса, добавляйте овощи, пищевые волокна и цельнозерновые продукты (УУР В, УДД 2).
- Исключите продукты и напитки с добавленной фруктозой и другие легкоусвояемые углеводы (УУР А, УДД 2). Натуральные источники фруктозы — мед, фрукты и сухофрукты — не оказывают отрицательного влияния при соблюдении адекватной энергетической ценности рациона.
- Не назначайте детям с МАЖБП рутинно гипогликемические препараты, кроме инсулинов, из-за отсутствия эффективности и вероятности ухудшения состояния (УУР В, УДД 2). Урсодезоксихолевая кислота также не применяется рутинно (УУР С, УДД 5).
- УДХК назначают при билиарной дисфункции, билиарном сладже или на этапе снижения массы тела при повышенном риске образования желчных камней в дозе 10–15 мг/кг/сут в течение 6–12 месяцев (УУР С, УДД 5).
- У детей с МАЖБП и ожирением с 12 лет возможно селективное назначение подкожного лираглутида по инструкции для снижения массы тела и инсулинорезистентности (УУР С, УДД 4). Его рассматривают после неэффективности мероприятий по формированию здорового образа жизни, проводившихся не менее 1 года.
- Бариатрическая операция не является специфической терапией МАЖБП. Селективно ее можно применять у отдельных подростков с ИМТ ≥35 кг/м² и тяжелыми сопутствующими заболеваниями, например сахарным диабетом 2 типа, тяжелым апноэ во сне или идиопатической внутричерепной гипертензией; решение принимает мультидисциплинарная команда (УУР С, УДД 4).

Когда направить и как наблюдать

- Большинство детей лечатся амбулаторно. Плановая госпитализация показана при отсутствии эффекта амбулаторной терапии или нетипичном течении, необходимости недоступной амбулаторно диагностики, включая биопсию печени, либо для дифференциальной диагностики других болезней печени.
- Госпитализация также нужна при МАЖБП с проявлениями метаболического синдрома, которые осложняют течение и требуют мультидисциплинарного ведения или круглосуточного наблюдения.

- Детей с ожирением и признаками метаболического синдрома наблюдайте мультидисциплинарно: гастроэнтерологом, эндокринологом и педиатром; по показаниям подключайте диетолога, кардиолога, детского хирурга и медицинского психолога.
- При отсутствии лабораторных или инструментальных признаков прогрессирования, фиброза и клинических проявлений метаболического синдрома контроль проводят 1 раз в 2 года с АЛТ, АСТ и визуализацией по показаниям (УУР С, УДД 5).
- При предиабете, сахарном диабете 2 типа или более чем двух кардиометаболических факторах риска наблюдение проводят 1 раз в год с визуализацией и оценкой признаков фиброза (УУР С, УДД 5).

Частые вопросы

Какие условия необходимы для диагноза МАЖБП у ребенка?

Нужны стеатоз печени по данным визуализации или биопсии, избыточная масса тела/ожирение и минимум один кардиометаболический фактор риска. Одновременно необходимо исключить генетические заболевания, инфекции, этанол, лекарственные препараты, голодание и другие причины стеатоза.

Какой метод используют первым для выявления стеатоза?

Метод первой линии — УЗИ органов брюшной полости и гепатобилиарной зоны (УУР В, УДД 2). При сомнительном результате или для количественной оценки используют контролируемое затухание при эластометрии либо МРТ-PDFF.

Когда ребенку с МАЖБП нужна биопсия печени?

Биопсию проводят при подозрении на МАСГ на фоне прогрессирующего фиброза или в диагностически неясных случаях. При простом стеатозе без симптомов тревоги, нормальных биохимических показателях и признаков прогрессирования по неинвазивным методам биопсия не показана.

Как лечить МАЖБП у детей в первую очередь?

Основу составляют диетотерапия и физическая активность с целью снижения или стабилизации SDS ИМТ.

Нужно ли назначать УДХК или другие препараты всем детям с МАЖБП?

Нет, рутинная фармакотерапия и УДХК не рекомендуются из-за недостатка убедительных данных. УДХК применяют только при билиарной дисфункции, билиарном сладже или повышенном риске камнеобразования при снижении массы тела — 10–15 мг/кг/сут в течение 6–12 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1071-metabolicheski-associirovannaya-zhirovaya-bolezn-pecheni-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1071_1