Алкогольная болезнь печени

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4, K70.9 · Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов", Ассоциация психиатров и психологов за научно-обоснованную практику

Алкогольная болезнь печени — поражение печени вследствие длительного употребления алкоголя; она включает стеатоз, алкогольный гепатит и цирроз. Рекомендация посвящена выявлению алкогольного генеза поражения, оценке тяжести и фиброза, поддержанию абстиненции, нутритивной и медикаментозной терапии, а также маршрутизации пациентов.

Главное

- Опасной дозой считают 30 г чистого этанола в сутки для мужчин и 20 г для женщин; риск АБП повышается при употреблении более 14 стандартных доз в неделю мужчинами и более 7 женщинами.
- АБП имеет три основные формы: алкогольный стеатоз, алкогольный гепатит и алкогольный цирроз. При абстиненции стеатоз может разрешиться за 4–6 недель, но продолжение употребления алкоголя приводит к прогрессированию заболевания.
- Абстиненция — единственный этиотропный метод лечения АБП независимо от стадии; при подозрении на алкогольную зависимость пациента ведут совместно с врачом-психиатром-наркологом.
- Для выявления опасного употребления используют AUDIT и AUDIT-C, а для оценки вероятной зависимости — CAGE. При CAGE более 1 и/или AUDIT более 19 баллов показана консультация врача-нарколога.
- При желтухе и печёночной недостаточности тяжесть алкогольного гепатита оценивают индексами Маддрея и MELD; индекс Лилль рассчитывают на 7-й день терапии глюкокортикостероидами.
- Для оценки фиброза предпочтительны ФиброТест и транзиентная эластография. Плотность печени может быть завышена при активном гепатите, холестазе, воспалении, застое и продолжающемся употреблении алкоголя.
- Диспансерное наблюдение проводят индивидуально; впервые выявленных пациентов в первый год осматривают каждые 3 месяца, во второй — каждые 6 месяцев, далее при стабильном состоянии — ежегодно.

Диагностика

1. Подтвердить наличие поражения печени и собрать стандартизированный алкогольный анамнез. АБП следует подозревать при употреблении более 20 г этанола в сутки женщиной или более 30 г мужчиной в сочетании с клиническими и/или лабораторными признаками поражения печени; AUDIT более 8 баллов означает высокий риск.
2. Провести скрининг AUDIT-C на первичном приёме; при положительном результате использовать полный AUDIT. Тест AUDIT-C положителен при 4 баллах и более у мужчин и 3 баллах и более у женщин.
3. Осмотреть пациента на стигмы длительного употребления алкоголя, признаки стеатоза, гепатита, цирроза, портальной гипертензии и печёночной энцефалопатии; при изменении сознания оценить сознание, поведение, интеллект и неврологический статус.
4. Назначить общий анализ крови, биохимический анализ крови с АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, билирубином, альбумином, общим белком, креатинином и глюкозой, а также коагулограмму, особенно при подозрении на цирроз или тяжёлый алкогольный гепатит.
5. Исключить сопутствующие причины поражения печени: исследовать маркеры вирусных гепатитов A–E, насыщение трансферрина железом, церулоплазмин и иммуноглобулины; при необходимости провести общий анализ мочи для исключения инфекции и самостоятельного заболевания почек.
6. Выполнить УЗИ органов брюшной полости для оценки печени, селезёнки, асцита, портальной системы и очаговых образований; при подозрении на портальную гипертензию или цирроз провести ЭГДС для выявления варикозных вен пищевода и желудка.
7. Оценить фиброз с помощью ФиброТеста и транзиентной эластографии.

Лечение

- Обеспечить полный отказ от алкоголя. Уровень рекомендации: УУР С, УДД 4. При подозрении на алкогольную зависимость направлять пациента к врачу-психиатру-наркологу для совместного ведения и лечения; для этой рекомендации УУР С, УДД 5.
- Назначить полноценное энтеральное питание: 35–40 ккал/кг массы тела в сутки и белок 1,2–1,5 г/кг в сутки. При печёночной энцефалопатии белок обычно не ограничивают; калорийность сохраняют на уровне 35–40 ккал/кг идеальной массы тела.
- При энцефалопатии Вернике или подозрении на неё немедленно назначить тиамин: 500 мг внутривенно 3 раза в сутки 2–3 дня, затем 250 мг/сут внутривенно до клинического улучшения, далее 50–100 мг внутрь длительно. Уровень рекомендации: УУР С, УДД 5.
- При тяжёлом алкогольном гепатите без активной инфекции, при индексе Маддрея не менее 32 и MELD не менее 20, назначить преднизолон 40 мг/сут или метилпреднизолон 32 мг/сут. Преднизолон принимают 28 дней; эффективность оценивают на 7-й день по индексу Лилль.
- Если индекс Лилль на 7-й день составляет 0,45 и более, глюкокортикостероиды прекращают как неэффективные. При значении менее 0,45 лечение продолжают до 28 дней с последующей отменой преднизолона по 1 таблетке 1 раз в 3 дня.
- При печёночной энцефалопатии включают орнитин: внутрь 9–18 г/сут или внутривенно 20–30 г/сут в течение 3–8 дней; препарат предварительно разводят в 500 мл инфузионного раствора, максимальная скорость введения — 5 г/ч. Уровень рекомендации: УУР А, УДД 1.
- При циррозе классов A и B по Child–Pugh назначают адеметионин внутрь 1200 мг/сут в течение 2 лет; при тяжёлом алкогольном гепатите возможно сочетание преднизолона 40 мг/сут с адеметионином 800 мг/сут внутривенно. Для этой комбинации уровень рекомендации: УУР В, УДД 2.
- При холестатическом синдроме применяют урсодезоксихолевую кислоту; при внутрипечёночном холестазе адеметионин назначают внутривенно 500 мг/сут при массе тела менее 70 кг или 800 мг/сут при массе 70 кг и более, затем при необходимости переходят на пероральную терапию.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при желтухе, клинически выраженной энцефалопатии 2-й стадии и выше, впервые возникшем или неконтролируемом медикаментами/напряжённом асците, отёчном синдроме, подозрении на кровотечение, олигурии или анурии, подозрении на инфекционное осложнение либо появлении или усилении одышки.
- При подозрении на алкогольную зависимость пациента направляют к врачу-психиатру-наркологу для совместного ведения и лечения.
- Трансплантацию печени рассматривают при декомпенсированном алкогольном циррозе и при тяжёлом алкогольном гепатите, не ответившем на глюкокортикостероиды. Уровень рекомендации: УУР А, УДД 1.
- При синдроме отмены алкоголя необходимо совместное ведение с врачом-психиатром-наркологом; алкогольные судороги и делирий чаще возникают на 2–4-е сутки после прекращения или резкого снижения употребления.

Частые вопросы

Какая доза алкоголя считается опасной при подозрении на АБП?

30 г чистого этанола в сутки для мужчин и 20 г для женщин. Повышенный риск поражения печени связан также с употреблением более 14 стандартных доз в неделю мужчинами и более 7 женщинами.

Какие обследования нужны всем пациентам с АБП?

Общий и биохимический анализы крови, УЗИ органов брюшной полости; коагулограмма особенно важна при подозрении на цирроз или тяжёлый алкогольный гепатит. Необходимо также исключать вирусные и другие причины поражения печени.

Когда при алкогольном гепатите назначают преднизолон?

При тяжёлом течении, если нет активной инфекции, индекс Маддрея составляет не менее 32, а MELD — не менее 20. Преднизолон назначают по 40 мг/сут на 28 дней с оценкой индекса Лилль на 7-й день.

Когда прекращают глюкокортикостероиды при тяжёлом алкогольном гепатите?

Если индекс Лилль на 7-й день составляет 0,45 и более, терапию прекращают из-за неэффективности. При индексе менее 0,45 лечение продолжают до 28 дней с последующей отменой.

Нужно ли ограничивать белок при печёночной энцефалопатии?

Обычно нет: рекомендуют 1,2–1,5 г белка/кг в сутки, а ограничение допустимо только в индивидуальных случаях белковой непереносимости. Калорийность должна составлять 35–40 ккал/кг идеальной массы тела.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/711-alkogolnaya-bolezn-pecheni. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/711_2