Неалкогольная жировая болезнь печени

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K75.8, K76.0 · Российская ассоциация эндокринологов, Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов"

НАЖБП — хроническое метаболически ассоциированное заболевание печени, при котором стеатоз выявляется более чем в 5% гепатоцитов; спектр включает простой стеатоз, НАСГ и цирроз. Рекомендация посвящена диагностике стеатоза и фиброза, коррекции образа жизни, лечению НАЖБП и ее кардиометаболических коморбидностей.

Главное

- Диагноз НАЖБП требует подтвержденного стеатоза, как минимум одного кардиометаболического фактора риска и исключения других причин жировой болезни печени. К факторам риска относят, в частности, ИМТ >25 кг/м², увеличенную окружность талии, нарушения углеводного обмена, АГ, гипертриглицеридемию и низкий ХС ЛПВП.
- Простой стеатоз и НАСГ — разные фенотипы: при НАСГ есть стеатоз, лобулярное воспаление и баллонная дистрофия гепатоцитов; заболевание может прогрессировать до фиброза, цирроза и ГЦР.
- Основа лечения — питание и физическая активность; медикаменты добавляют при недостаточной эффективности изменения образа жизни, невозможности его выполнять или прогрессировании заболевания.
- Для первичного выявления стеатоза используют комплексное УЗИ. При необходимости количественной оценки применяют CAP или MPT-PDFF; выраженность фиброза оценивают по FIB-4/NFS и методам эластографии.
- В тексте приведены пороговые значения высокой чувствительности для FIB-4 1,3 и NFS −1,455, а высокой специфичности — 3,25 и 0,676 соответственно. У пациентов старше 65 лет используют более высокие пороги: 2,0 для FIB-4 и 0,12 для NFS.
- При выраженном фиброзе F3 или циррозе выполняют УЗИ печени каждые 6 месяцев для скрининга ГЦР. Пациентам без признаков прогрессирования, СД 2-го типа и с одним кардиометаболическим фактором риска проводят наблюдение раз в 2 года; при предиабете, СД 2-го типа, более чем двух факторах риска или признаках прогрессирования — ежегодно.
- Алкоголь следует исключить полностью: любые его дозы могут способствовать прогрессированию стеатоза, НАСГ и фиброза, особенно при наличии метаболических факторов риска.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить питание, употребление алкоголя, образ жизни, наличие избыточной массы тела или ожирения, АГ, СД 2-го типа, дислипидемии, ССЗ и ХБП.
2. При осмотре измерить массу тела и окружность талии, рассчитать ИМТ, оценить кардиометаболические факторы риска и признаки выраженного фиброза или цирроза. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить общий анализ крови; биохимический анализ с АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, билирубином, общим белком и альбумином; определить глюкозу и/или HbA1c, липидный профиль. На любой стадии исследовать общий анализ мочи с оценкой белка/альбумина, креатинин и мочевую кислоту. УУР С–В, УДД 5–2.
4. Исключить другие причины поражения печени: исследовать HBsAg, anti-HCV, иммуноглобулин G, насыщение трансферрина железом и церулоплазмин. Для гемохроматоза ориентируются на насыщение трансферрина >45%, для болезни Вильсона — на церулоплазмин <20 мг/дл.
5. Подтвердить стеатоз: комплексное УЗИ — метод первой линии. При доступности в специализированном учреждении для подтверждения и количественной оценки используют CAP или MPT-PDFF. Для CAP в тексте приведен порог 294 дБ/м для выявления стеатоза.
6. Оценить вероятность выраженного фиброза с помощью FIB-4 и NFS. Рекомендовано проведение транзиентной эластографии для оценки стадии фиброза и исключения выраженного фиброза или цирроза в специализированном учреждении при доступности метода; при ее недоступности применяют

ультразвуковую эластометрию сдвиговой волной. Для транзиентной эластографии предлагается порог жесткости ≥8 кПа для тяжелого фиброза.

7. При подозрении на НАСГ или диагностической неясности провести биопсию печени: диагноз НАСГ подтверждают одновременным выявлением стеатоза, баллонной дистрофии и лобулярного воспаления. При выраженном фиброзе или циррозе выполнить ЭГДС для поиска варикозных вен и портальной гастропатии.

Лечение

- Пациентам с НАЖБП рекомендуется регулярная физическая активность. Целевой объем аэробной нагрузки — 150–300 минут в неделю умеренной или 75–150 минут высокой интенсивности; силовые упражнения добавляют не менее 2 раз в неделю. УУР В, УДД 2.
- Пациентам с НАЖБП рекомендуется избегать продуктов с добавленной фруктозой и воздерживаться от приема любого количества алкоголя.
- УДХК назначают в дозе 13–15 мг/кг/сут, обычно не менее чем на 6 месяцев, для уменьшения стеатоза и воспаления. УУР В, УДД 1.
- При прогрессирующем заболевании с фиброзом F2 и более допустим альфа-токоферола ацетат в дозе 800 МЕ/сут; рекомендуемая продолжительность — не менее 12 месяцев. Назначение требует учета лекарственного анамнеза и возможных взаимодействий. УУР А, УДД 1.
- При НАЖБП и СД 2-го типа применяют аналоги GLP-1: лираглутид 1,8–3,0 мг/сут или семаглутид 2,4 мг/нед. Лираглутид назначают не менее чем на 48 недель, семаглутид — на 48–72 недели. УУР А, УДД 2.
- Пиоглитазон 30–45 мг/сут можно назначать при НАЖБП и СД 2-го типа для уменьшения стеатоза и воспаления, если АЛТ < 2,5 ВГН; продолжительность — не менее 24 недель. Препарат не рекомендуют при ХСН, а при АЛТ выше 2,5 ВГН он противопоказан.
- При НАЖБП с дислипидемией или ССЗ назначают статины в дозах, необходимых для достижения целевого ХС ЛПНП. Трансаминазы контролируют через 8–12 недель; при превышении АЛТ 3 ВГН препарат отменяют, а при исходно повышенной АЛТ ориентируются на исходный уровень.
- При ожирении и отсутствии клинически значимого ответа на изменение образа жизни можно использовать препараты для лечения ожирения: лираглутид 0,6–1,8 мг/сут, орлистат 120 мг/сут или сибутрамин 10–15 мг/сут. При ИМТ >35 кг/м² и неэффективности консервативного лечения возможно бариатрическое вмешательство.

Когда направить и как наблюдать

- Большинство пациентов ведут амбулаторно; экстренная госпитализация по поводу НАЖБП не показана.
- Планово госпитализировать при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения или нетипичном течении, если нужны диагностические процедуры, недоступные амбулаторно, включая биопсию печени, либо требуется дифференциальная диагностика других болезней печени.
- Плановая госпитализация также показана при сочетании НАЖБП с кардиометаболическими состояниями, которые осложняют течение заболевания и требуют мультидисциплинарного ведения или круглосуточного наблюдения.
- При подозрении на НАЖБП направить к терапевту, врачу общей практики или гастроэнтерологу для подтверждения диагноза, обследования и назначения лечения; дальнейшее наблюдение проводить с участием специалистов по коморбидностям.

Частые вопросы

Какие критерии нужны для постановки диагноза НАЖБП?

Нужно подтвердить стеатоз по визуализации или гистологии, выявить хотя бы один кардиометаболический фактор риска и исключить другие причины жировой болезни печени.

Можно ли диагностировать НАСГ только по АЛТ и УЗИ?

Нет. Золотой стандарт диагностики НАСГ — биопсия печени с одновременным выявлением стеатоза, баллонной дистрофии и лобулярного воспаления. УЗИ и трансаминазы не заменяют гистологическую верификацию стеатогепатита.

Как интерпретировать FIB-4 и NFS?

Для FIB-4 нижним порогом высокой чувствительности служит 1,3, верхним порогом высокой специфичности — 3,25; для NFS — соответственно −1,455 и 0,676. Значения между порогами дают неопределенный результат; у лиц старше 65 лет применяют пороги FIB-4 2,0 и NFS 0,12.

Какой объем физической активности назначать при НАЖБП?

Аэробная нагрузка умеренной интенсивности должна составлять 150–300 минут в неделю либо высокой интенсивности — 75–150 минут. Силовые упражнения добавляют не менее двух раз в неделю, охватывая все основные группы мышц.

Какие препараты и дозы указаны для НАЖБП?

Для лечения НАЖБП в тексте указаны УДХК 13–15 мг/кг/сут не менее 6 месяцев и витамин Е 800 МЕ/сут при прогрессирующем заболевании с фиброзом F2 и более.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/748-nealkogolnaya-zhirovaya-bolezn-pecheni. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/748_2