

ОСВІТНЯ ІНІЦІАТИВА LIVERCORE: НОВИЙ ПОГЛЯД НА ТИПОВОГО КОМОРБІДНОГО ПАЦІЄНТА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Підготувала канд. мед. наук Тетяна Можина

Нещодавно в професійному медичному середовищі стартував проєкт, що змінює вектор у розумінні метаболічного здоров'я. Йдеться про LiverCore – нову освітню ініціативу, яка фокусується на сучасній гепатології та переосмисленні ролі печінки в розвитку системних захворювань. Перша зустріч у межах LiverCore відбулася онлайн 23 березня за підтримки компанії Abbott.

Метою проєкту LiverCore є формування у лікаря первинної ланки мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнта із супутніми патологіями. Оскільки саме сімейний лікар першим стикається з таким пацієнтом, проєкт допомагає оцінювати клінічну ситуацію з позицій різних вузьких спеціалістів. Це дозволяє краще інтерпретувати симптоми, особливо неспецифічні скарги, що часто є ранніми маркерами системних захворювань, для своєчасного виявлення ризиків та визначення оптимальної тактики подальшого обстеження і ведення такого пацієнта.



Першу сесію LiverCore провели провідні українські експертки, які представляють різні, але взаємопов'язані напрями медицини: гастроентеролог **Олена Бака**, завідувачка відділення гастроентерології, ендокринології та терапії ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»; ендокринолог **Любов Соколова**, завідувачка відділу діабетології ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»; і кардіолог **Лариса Міщенко**, завідувачка відділу артеріальної гіпертензії та коморбідної патології ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України».

ПЕРШИЙ КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР: НІЧОГО СЕРЙОЗНОГО ЧИ ПРИХОВАНИЙ РИЗИК?

У центрі першої сесії проєкту опинився реальний клінічний випадок. **Модераторка проєкту Любов Соколова** запропонувала розглянути типовий, на перший погляд, нескладний випадок. Пацієнт О., 56 років, якого до сімейного лікаря фактично привела дружина – сам він по медичну допомогу не звернувся б. І вже ця деталь є значущим маркером: чоловік не вважає себе хворим.

Клінічний портрет є доволі звичним: пацієнт працює позмінно з регулярними нічними змінами, вимушено веде малорухливий спосіб життя, харчується переважно калорійною домашньою їжею, що часто відбувається в пізній час. Тобто має типовий набір факторів ризику, що рідко сприймається як медична проблема. Скарги також мінімальні: періодична втома, денна сонливість і виражене хропіння, котре значно заважає дружині. Об'єктивні дані також не видаються тривожними: зріст – 180 см, маса тіла – 87 кг. Водночас зафіксовано підвищений артеріальний тиск – 155/95 мм рт. ст., який, за словами пацієнта, частіше виникає після нічних змін і став безпосереднім приводом для звернення.

На перший погляд, як зазначила модераторка, це «типовий пацієнт, який не видається тяжким». Але які дослідження треба призначити в цьому випадку? Чи потрібно призначати медикаментозне лікування? Адже за такою невиразною картиною можуть приховуватися ранні етапи розвитку системних метаболічних порушень, у яких стан печінки відіграє ключову роль.

ІЗ ЧОГО ПОЧАТИ: ЯК ОБСТЕЖИТИ ПАЦІЄНТА?

Експертки запропонували чіткий міждисциплінарний алгоритм дій і наголосили, що робота з таким пацієнтом має починатися не зі складних досліджень,

а з базових дій, доступних кожному лікарю. Першим кроком має стати об'єктивний огляд, який починається з антропометрії. Визначення індексу маси тіла (26,9 кг/м² – надмірна маса тіла), окружності талії (96 см – вище норми для чоловіків) і співвідношення талії до зросту (0,55 – перевищує порогові значення) не потребує додаткових ресурсів, але дає змогу відразу запідозрити метаболічні порушення та стратифікувати ризик. **Ендокринолог Любов Соколова** зауважила, що за можливості доцільно оцінити компонентний склад тіла, а за підозри на гіпотиреоз – рівні тиреоїдного гормону й вільного тироксину. Водночас оцінюється вуглеводний обмін: визначають рівні глюкози плазми натще та глікозильованого гемоглобіну, за потреби виконують пероральний тест толерантності до глюкози. Для глибшої характеристики метаболічного профілю визначають інсулін натще або С-пептид з подальшим розрахунком HOMA-IR.

Кардіолог Лариса Міщенко нагадала про іншу важливу складову – оцінювання ліпідного обміну й визначення вмісту тригліцеридів (ТГ), загальної холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької та високої щільності, рівня ліпопротеїну А (щонайменше 1 раз у житті). При розширеному обстеженні доцільно також визначати концентрації неестерифікованих жирних кислот і аполіпопротеїну В. Кардіологічна оцінка не обмежується лише аналізом ліпідограми, вона включає вимірювання артеріального тиску з оцінюванням як систолічних, так і діастолічних показників, визначення рівнів сечової кислоти та високочутливого С-реактивного білка. За потреби діагностика доповнюється добовим амбулаторним моніторингом артеріального тиску, ехокардіографією для виявлення структурних змін і серцевої недостатності, а також визначенням NT-proBNP. Окремо оцінюється атеросклеротичний ризик на підставі рівня ліпопротеїну А та даних інструментальних методів (визначення товщини комплексу інтима-медіа сонної артерії, доплерографії периферичних артерій і кальцієвого індексу коронарних артерій). Важливо виключити ураження нирок шляхом визначення креатиніну в плазмі та сечі, розрахунку швидкості клубочкової фільтрації й оцінювання співвідношення альбумін/креатинін.

Особливу увагу спікерка звернула на синдром обструктивного апное сну як важливу, але часто недооцінену складову метаболічного континууму. На первинному етапі доцільно оцінити окружність шиї та рівень денної сонливості за шкалою Епворта. За наявності підозри подальша діагностика включає дослідження сну, нічну пульсоксиметрію, полісомнографію та за потреби пробне застосування CPAP-терапії.

Продовжуючи розмову щодо доцільного обстеження, **гастроентеролог Олена Бака** відзначила значущість ретельного збору анамнезу, включно з виявленням факторів ризику, супутніх захворювань

і вживання алкоголю із застосуванням опитувальника AUDIT. Особливо важливим є аналіз скарг, адже проста втома може бути єдиною клінічною вказівкою на ураження печінки. Перелік необхідних лабораторних обстежень спікерка доповнила загальним аналізом крові, визначенням печінкових ферментів і показників холестазу (білірубін, аланінамінотрансфераза – АЛТ, аспартатамінотрансфераза – АСТ, γ-глутамілтрансфераза, лужна фосфатаза). За умови виявлення відхилень у цих показниках обов'язково здійснюють скринінг вірусних гепатитів і розраховують неінвазивні індекси фіброзу, зокрема FIB-4. Інструментальна оцінка передбачає ультразвукове дослідження органів черевної порожнини й нирок, еластографію та стеатометрію печінки, а за показаннями проводять езофагогастроуденоскопію й колоноскопію. Розширений алгоритм обстеження доповнюють феритин, насичення трансферину, виключення супутніх хвороб (целиакія, патологія щитоподібної залози, синдром полікістозних яєчників, рідкісні захворювання печінки – хвороба Вільсона – Коновалова, автоімунний гепатит, дефіцит α₁-антитрипсину).

ВТОМА, АЛКОГОЛЬ І FIB-4 – ВАГОМІ СКЛАДОВІ ДІАГНОСТИКИ

Обговорення поширеної скарги – хронічної втоми – надало окремих акцент у дискусії. **Любов Соколова** зазначила, що пацієнт має незвичайну втому, яка виникає після напруженого дня чи недосипу. Цю втому можна охарактеризувати як патологічну або гепатогенну: вона тривала місяцями, не минала після відпочинку, не залежала від рівня фізичної активності та поступово прогресувала. Пацієнт описує її як неспроможність виконувати звичну повсякденну роботу, зниження працездатності й постійне відчуття виснаження.

Важливо, що цей симптом не є рідкісним. Згідно зі статистичними даними патологічна втома реєструється в 50-70% осіб із хворобами печінки незалежно від етіології та стадії процесу і може бути одним із симптомів внутрішньопечінкового холестазу (ВПХ). Саме тому її не можна пов'язувати виключно зі способом життя чи стресом, особливо якщо вона поєднується з іншими, навіть мінімальними метаболічними ознаками.

Для об'єктивізації цього симптому доцільно використовувати стандартизовані інструменти, зокрема шкалу оцінювання втоми (Fatigue Assessment Scale – FAS), яка допомагає відрізнити суб'єктивне відчуття виснаження від клінічно значущого симптому.

Логічним продовженням розмови стало доповнення **Олени Баки**, яка нагадала про ще один критично важливий крок – аналіз впливу алкоголю. Адже, перш ніж установлювати діагноз метаболічно-асоційованої стеатотичної хвороби печінки (МАСХП), потрібно чітко виключити токсичний фактор. Спікерка підкреслила, що йдеться не так про факт уживання алкоголю,

Визначити кількість алкоголю, яку пацієнт уживає на тиждень, щоб оцінити токсичний вплив

Середня кількість уживання алкоголю на тиждень (г)					
<140 (жінки)	Домінує МАСХП			Домінує АХП	<350 (жінки)
<210 (чоловіки)	140/210	210	280	350/420	<420 (чоловіки)
Середня кількість уживання алкоголю на добу (г)					
<20 (жінки)	Домінує МАСХП			Домінує АХП	>50 (жінки)
<30 (чоловіки)	20/30	30	40	50/60	>60 (чоловіки)

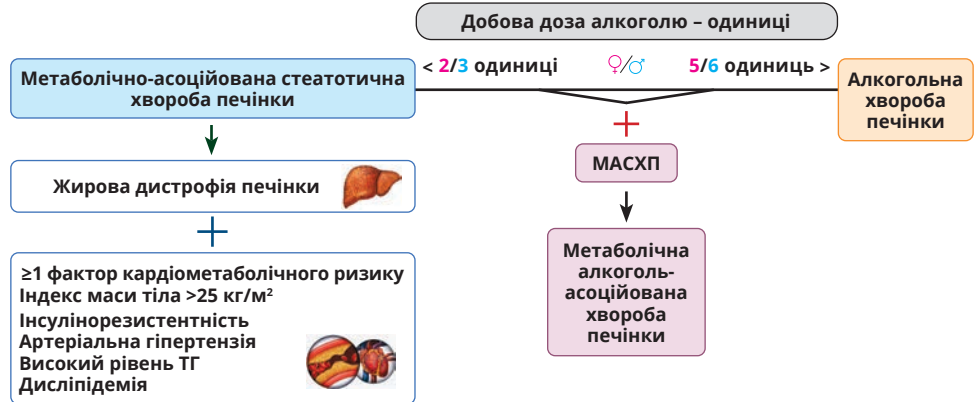


Рис. 1. Оцінювання рівня споживання спиртних напоїв

як про його кількість і регулярність (рис. 1). Важливо детально з'ясувати, скільки алкоголю пацієнт споживає протягом тижня чи доби, використовуючи стандартизовані підходи до оцінювання. Це допомагає розмежувати МАСХП, алкогольну хворобу печінки (АХП) або їх поєднання.

Після отримання результатів лабораторно-інструментального обстеження постає наступне

принципове питання: на якій стадії перебуває пацієнт і чи потребує він подальшого дообстеження або направлення до спеціаліста?

На думку Олени Баки, саме на цьому етапі доцільно використати неінвазивний спосіб оцінювання фіброзу печінки, серед яких одним з найбільш доступних і водночас інформативних є індекс FIB-4. Його розрахунок ґрунтується на простих показниках (вік, АСТ, АЛТ,

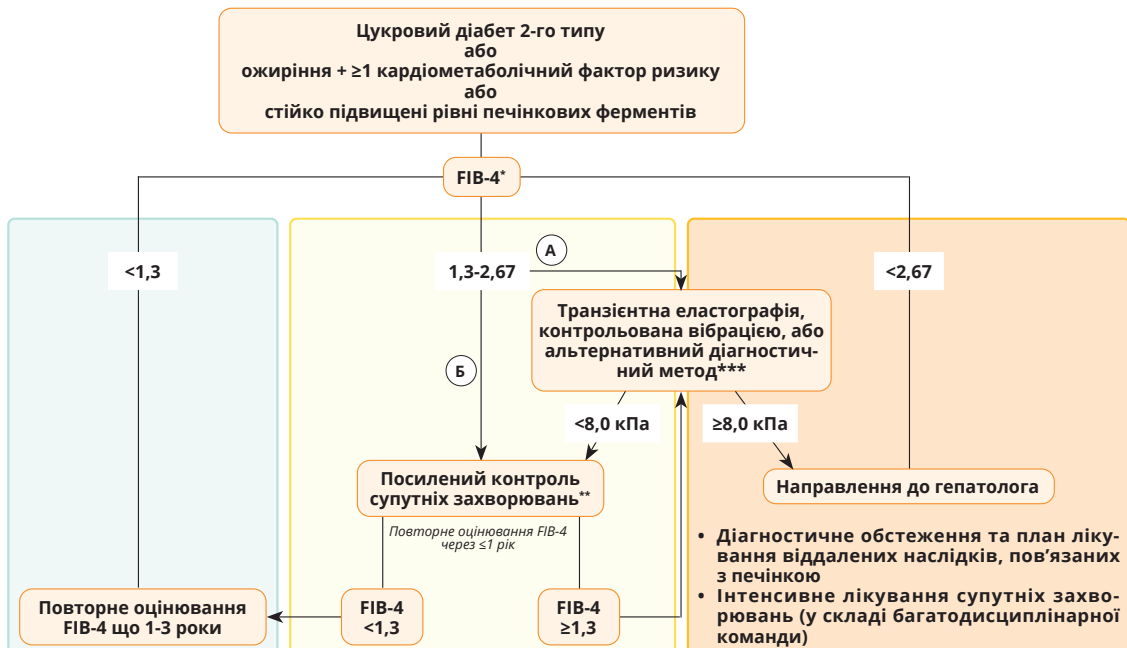
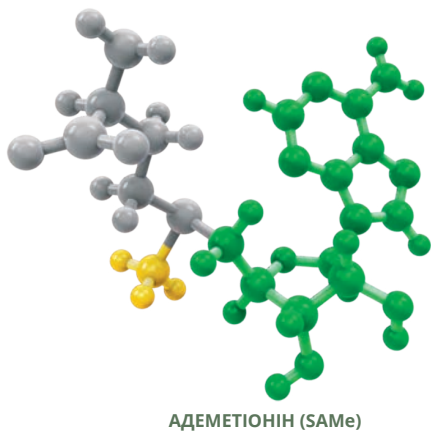


Рис. 2. Алгоритм неінвазивного оцінювання ризику прогресивного фіброзу

Примітки. А та Б – варіанти залежно від медичного анамнезу, клінічного контексту й місцевих ресурсів. * Порогові значення FIB-4 дійсні для віку ≤65 років (для віку >65 років нижня межа FIB-4 становить 2,0). ** Втручання в спосіб життя, лікування супутніх захворювань (наприклад, агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1), бариатричні процедури. *** Магнітно-резонансна еластографія, еластографія зсувної хвилі, тест для оцінювання генералізованого фіброзу печінки.



АДЕМЕТІОНІН (SAMe)



Рис. 3. Ключові властивості адеметіоніну

тромбоцити) та не потребує складних і дорогих досліджень. Якщо значення FIB-4 <1,3, пацієнт з високою ймовірністю не має значущого фіброзу й може залишатися під спостереженням на рівні первинної ланки (рис. 2). У такому разі основний акцент робиться на модифікації способу життя та контролі метаболічних факторів ризику.

Значення FIB-4 >1,3 свідчать про ймовірність прогресування хвороби й потребують подальшого оцінювання. У таких випадках пацієнта доцільно направити до гастроентеролога/гепатолога для проведення еластографії, яка дає змогу точніше оцінити ступінь фіброзу печінки.

ВІД НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ ПІДХОДІВ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ: МІСЦЕ SAMe

Обговорення продовжила **Любов Соколова**, яка зазначила, що на ранніх етапах МАСХП ключову роль відіграють немедикаментозні підходи – корекція харчування, фізичної активності, сну. Водночас у ситуаціях, коли вже є ознаки активного процесу (підвищення печінкових ферментів, прояви запалення або виражена гепатогенна втома), доцільно розглядати фармакологічну підтримку.

У такому разі пацієнту може бути показаний S-адеметіонін (SAMe, Гептрал®) – молекула з багатовекторною дією, що впливає на ключові ланки патогенезу ураження печінки. SAMe бере участь у синтезі глутатіону, що забезпечує антиоксидантний ефект і захист клітин печінки від оксидативного стресу (рис. 3). Водночас він залучений до синтезу фосфатидилхоліну, важливого компонента мембран гепатоцитів, який сприяє відновленню їхніх структури та функції. SAMe має важливий потенціал у сповільненні процесів фіброзування завдяки зменшенню активності синтезу колагену, а також проявляє протизапальний ефект, який відіграє роль у стримуванні прогресування хвороби.

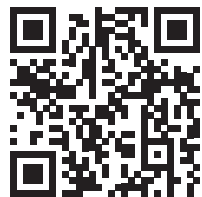
Особливо значущою для нашого пацієнта є здатність SAMe впливати на гепатогенну втому, яка може бути одним із симптомів ВПХ та хронічного захворювання печінки. Завдяки комплексному впливу на метаболічні та нейромедіаторні процеси препарат зменшує її прояви, що має значення як для якості життя, так і для підвищення прихильності до лікування.

Лариса Міщенко зробила окремий акцент на здатності SAMe покращувати ліпідний обмін: препарат може сприяти зменшенню накопичення жиру в печінці завдяки посиленню елімінації ТГ разом з ліпопротеїнами дуже низької щільності (ЛПДНЩ).

ВИСНОВКИ

Отже, навіть легкий пацієнт у щоденній практиці може приховувати ранні етапи системного метаболічного розладу, у виникненні якого провідну роль відіграє печінка. Вирішальним є вміння лікаря швидко зібрати пазл, рухаючись від простої антропометрії до цілісного оцінювання метаболічного ризику. Раннє виявлення, міждисциплінарний підхід і чітка стратифікація ризиків дають змогу впливати на перебіг метаболічного захворювання ще до появи виражених клінічних наслідків. Важливу роль у цьому відіграє й фармакологічна підтримка. SAMe (Гептрал®) завдяки своїй багатовекторній дії – антиоксидантній, протизапальній, антифібротичній і метаболічній – розглядається як доцільний компонент терапії МАСХП із ВПХ, особливо за наявності гепатогенної втоми.

Проект LiverCore продовжить серію клінічних обговорень, зосереджених на практичних рішеннях і реальних пацієнтах. І саме такий формат – через кейси, дискусію й алгоритми – формує новий підхід до розуміння метаболічного здоров'я, де печінці приділяється достатньо уваги.



Посилання на трансляцію проєкту.