

EASL обновила рекомендации по лечению болезней печени, связанных с приемом алкоголя

Злоупотребление алкоголем ежегодно вызывает 3,3 млн смертей. Доля летальных случаев различается по полу: 7,6% среди мужчин и 4% среди женщин. Заболеваемость и смертность имеют широкие географические различия, однако самые высокие показатели наблюдаются в европейском регионе: 10,9 литра чистого алкоголя на человека в год по сравнению с 6,2 литра в мире.

Стандартная доза

В новых [клинических рекомендациях](#) Европейской ассоциации по изучению болезней печени (EASL) указано, что стандартной дозой алкоголя выбрана рекомендованная ВОЗ, содержащая 10 граммов чистого спирта. Тяжелое эпизодическое употребление определено как прием более 60 граммов чистого спирта за один эпизод. Неумеренное потребление алкоголя - прием в течение двух часов 4 и более стандартных доз для женщин, 5 и более - для мужчин.

Алкоголь и риск заболеваний

Имеются убедительные доказательства, что потребление алкоголя в больших количествах ассоциируется с повышенным риском кардиомиопатии, артериальной гипертензии, предсердных аритмий и геморрагического инсульта; у умеренно пьющих снижается риск заболеваний коронарных артерий.

Алкоголь является признанным канцерогеном, его потребление связано с повышенным риском развития нескольких видов рака, начиная с дозы 10 г/ единицу / сутки.

Алкоголь является фактором риска развития цирроза, однако пока неясно, существует ли порог потребления, при котором возникает риск.

Ключевые рекомендации

- Термин «расстройство, связанное с употреблением алкоголя» (определяемое критериями DSM-V) следует использовать вместо «большой алкоголизм», «алкогольная зависимость».
- Тесты AUDIT или AUDIT-C следует использовать для скрининга расстройств, связанных с употреблением алкоголя (PCUA) и зависимости.
- У пациентов с PCUA должен быть проведен скрининг на психические расстройства и другие зависимости.
- Бензодиазепины следует использовать для лечения алкогольного абстинентного синдрома, но не более 10-14 дней из-за возможности злоупотребления и/или энцефалопатии.
- Фармакотерапию следует рассматривать у пациентов с PCUA и заболеваниями печени, связанными с приемом алкоголя.
- Биопсия печени требуется в случаях диагностической неопределенности, когда нужно уточнить стадию. или в клинических исследованиях.
- Скрининг пациентов с PCUA должен включать печеночные пробы и степень фиброза печени.
- Отказ от алкоголя можно контролировать путем измерения этил глюкуронида (EtG) в моче или волосах.

Алкогольный гепатит (АГ)

- Недавнее появление желтухи при чрезмерном потреблении алкоголя должно побуждать врачей подозревать АГ.
- При отсутствии активной инфекции кортикостероиды (преднизолон 40 мг/сут или метилпреднизолон 32 мг/сут) следует рассматривать у пациентов с тяжелым АГ для снижения смертности в краткосрочном периоде. Однако кортикостероиды не влияют на среднюю и долгосрочную выживаемость.
- N-ацетилцистеин (в течение пяти дней внутривенно) можно комбинировать с кортикостероидами у пациентов с тяжелым АГ.
- Необходимо ежедневное пероральное потребление ≥ 35 -40 ккал/кг массы тела и 1,2-1,5 г/кг белка в качестве вмешательства первой линии.
- Регулярный скрининг на наличие инфекций должен проводиться до начала, во время лечения кортикостероидами и в течение периода наблюдения.
- Необходимо выявить раннее (на седьмые сутки) отсутствие ответа на терапию кортикостероидами и придерживаться строгих правил прекращения терапии.

Фиброз и цирроз печени, связанный с приемом алкоголя

- Пациентам с циррозом, связанным с приемом алкоголя, следует рекомендовать полный отказ от алкоголя, чтобы уменьшить риск осложнений и смертности.
- Рекомендуется выявление и управление кофакторами, включая ожирение, инсулинорезистентность, недоедание, курение, перегрузку железа и вирусные гепатиты.

Ссылка на оригинал: <https://medvestnik.ru/content/news/EASL-obnovila-rekomendacii-po-lecheniu-boleznei-pecheni-svyazannyh-s-priemom-alkogolya.html>