

## **Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby. Nowe wyzwanie. Rola żywienia.**

**Klaudia Wiśniewska, mgr dietetyki klinicznej, Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie**

**Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD) to problem coraz częściej dotykający polskie społeczeństwo. Stanowi nowe wyzwanie zdrowotne i cywilizacyjne, ponieważ jest ściśle związana z groźnymi dla zdrowia i życia chorobami, takimi jak otyłość, cukrzyca typu 2 czy choroby sercowo naczyniowe. Dlatego warto mieć świadomość na czym polega i jakie są jej konsekwencje. Również w jaki sposób można zapobiegać lub wspomagać leczenie, poprzez proste zmiany w stylu życia, obejmujące modyfikację nawyków żywieniowych i zwiększenie aktywności fizycznej (1).**

NAFLD obejmuje całe spektrum choroby stłuszczeniowej wątroby u osób niespożywających znacznych ilości alkoholu. Chorobę definiuje się zazwyczaj jako stłuszczenie stwierdzone w badaniu histologicznym wątroby lub obrazowym w sytuacji, w której wykluczone są inne przyczyny tego stanu. W szczególności nadużywanie alkoholu (spożycie powyżej 30 g etanolu dziennie przez mężczyzn i powyżej 20 g dziennie przez kobiety), przyjmowanie leków hepatotoksycznych oraz występowanie chorób genetycznych powodujących stłuszczenie. I choć niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby opisana została po raz pierwszy w 1980 roku, do dziś wydaje się być chorobą, której konsekwencje w przypadku braku jej świadomości ponoszą nie tylko pacjenci, ale również sami specjaliści (2, 3).

### **NAFLD to nie tylko stłuszczenie**

NAFLD może występować bez współistniejącego stanu zapalnego lub włóknienia komórek wątroby (tzw. niealkoholowe stłuszczenie wątroby – NAFL) oraz z cechami stłuszczenia wątroby i zapalenia z uszkodzeniem komórek wątroby (tzw. niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby – NASH). W drugim przypadku możemy mówić o większym ryzyku włóknienia, prowadzącym do śmiertelnej już choroby – marskości wątroby i jej powikłań, do których zaliczyć można nowotwór wątrobowo-komórkowy. U podłoża rozwoju NAFLD znajduje się zespół metaboliczny i insulinooporność oraz towarzyszący im stres oksydacyjny (4, 5).

### **Czynniki ryzyka NAFLD**

NAFLD częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet, szczególnie w starszym wieku. Do głównych czynników ryzyka możemy zaliczyć otyłość, a w szczególności tzw. otyłość brzuszną, która charakteryzuje się nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w obrębie jamy brzusznej oraz cukrzycę typu 2, dyslipidemię, zespół metaboliczny. Z NAFLD w mniejszym stopniu związane są również choroby takie jak niedoczynność tarczycy i przysadki, zespół policystycznych jajników czy obturacyjny bezdech senny (1, 3).

### **NAFLD – nowe wyzwanie cywilizacyjne**

NAFLD jest niewątpliwie coraz częstszym problemem w naszym społeczeństwie. Wykazano, że jest najczęstszą przewlekłą chorobą wątroby w krajach rozwiniętych, dotykającą od 17 do 46% mieszkańców (4, 5). Jej częstość występowania na świecie różni się znacznie w zależności od regionu świata i metod diagnostycznych i wynosi od 6 do 35%, a w krajach europejskich 20–30% (4). Rzadko występuje jako jedyna jednostka chorobowa, zwykle towarzyszą jej różne powikłania. Szacuje się, że ok. 70% osób z otyłością może mieć NAFLD (6).

Choroba towarzyszy także szczególnie często dyslipidemii i cukrzycy typu 2. Co ciekawe nie tylko osoby z nadwagą czy otyłością mogą mieć niealkoholowe stłuszczenie wątroby. Wykazano, że choroba ta dotyczy ok 7% osób

w populacji o prawidłowej masie ciała (7). Przyjmuje się, że w Polsce to obecnie problem nawet około 9 milionów osób (8).

### **Zmiany w stylu życia podstawą leczenia**

W leczeniu NAFLD niezwykle ważne znaczenie ma modyfikacja stylu życia, polegająca przede wszystkim na zmianie nawyków żywieniowych oraz zwiększeniu aktywności fizycznej. W przypadku osób z nadwagą i otyłością konieczna jest stopniowa redukcja masy ciała (ok. 0,5 kg/ tydzień). Wykazano, że utrata przynajmniej 7% wyjściowej masy ciała u tych osób powoduje zmniejszenie stłuszczenia i ogranicza proces zapalny w wątrobie (9). Duże znaczenie będzie miała również odpowiednia aktywność fizyczna, dostosowana do stanu zdrowia i możliwości chorego.

### **Dieta w NAFLD – co wybierać, czego unikać?**

Do istotnych żywieniowych czynników ryzyka rozwoju NAFLD zaliczamy przede wszystkim dietę wysokoenergetyczną, prowadzącą do zwiększenia tkanki tłuszczowej w organizmie oraz nadmierne spożycie cukrów prostych i nasyconych kwasów tłuszczowych. Podejmowane strategie żywieniowe powinny się zatem opierać na optymalizacji wartości energetycznej diety oraz zmniejszenia spożycia cukrów prostych i nasyconych kwasów tłuszczowych (10).

Do tej pory najlepiej przebadaną dietą w kontekście prewencji i wspomagania leczenia NAFLD jest niewątpliwie **dieta śródziemnomorska**. Jej podstawą są przede wszystkim warzywa liściaste, rośliny strączkowe oraz świeże zioła. W klasycznej diecie śródziemnomorskiej znajduje się również sporo produktów pełnoziarnistych, w umiarkowanych ilościach ryby i orzechy, jako źródło wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, a także mleko i produkty mleczne. Szczególne miejsce zajmuje spożywana regularnie oliwa z oliwek. Ważne jest także małe spożycie mięsa oraz umiarkowane młodego czerwonego wina. Desery to przede wszystkim owoce – nigdzie nie pojawia się dodawany cukier spożywczy. Taki dobór produktów – wysokie spożycie produktów roślinnych, niewielkie tłuszczów zwierzęcych, przekłada się na optymalny udział w diecie jednonienasyconych i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, błonnika pokarmowego oraz antyoksydantów, wskazanych w kontekście prewencji i leczenia NAFLD. Korzystne efekty tej diety obserwuje się u pacjentów z NAFLD już po 6 miesiącach od jej stosowania (11). W kontekście rozwoju NAFLD szczególnie niekorzystna jest nadkonsumpcja cukrów prostych, szczególnie fruktozy. Wykazano, że wysokie spożycie fruktozy lub glukozy, pochodzącej ze słodkich napojów lub produktów o wysokim stopniu przetworzenia (np. słodycze, pieczywo cukiernicze, dania typu instant) wiąże się ze wzrostem ryzyka NAFLD. Zalecenia dotyczące ograniczenia spożycia alkoholu w przypadku osób z NAFLD są takie same jak w przypadku zdrowych osób. Z kolei płynem bardzo pożądanym w prewencji i leczeniu NAFLD jest kawa (1). Badania wskazują, że regularne spożycie 2-3 filiżanek kawy dziennie zmniejsza ryzyko rozwoju i progresji NAFLD (12).

### **NAFLD – niska świadomość dotycząca choroby**

Nowe badania przeprowadzone przez IPSOS wskazują, że Polacy mają niewielką wiedzę dotyczącą niealkoholowego stłuszczenia wątroby i konsekwencji tej choroby. Wykazano, że około 87% nie ma świadomości istnienia NAFLD. Istnieje też silnie zakorzenione przekonanie, że NAFLD jest wynikiem nadmiernego spożywania tłustego jedzenia i nadużywania alkoholu, we wskazaniach rzadziej pojawiają się faktyczne główne czynniki, takie jak nadmierne spożycie cukru czy siedzący tryb życia. Respondenci jednocześnie mają świadomość dotyczącą roli żywienia w chorobach wątroby – często wskazywanym sposobem jest stosowanie odpowiedniej diety (41%), natomiast ten fakt nie zawsze przekłada się na implementację w życiu codziennym. W związku z tym istnieje silna potrzeba prowadzenia kompleksowych działań edukacyjnych, zwłaszcza dotyczących istotnej roli żywienia i pozostałych elementów stylu życia w kontekście prewencji i wspomagania leczenia NAFLD.

## PIŚMIENNICTWO

1. Hartleb M., Wunsch E., Milkiewicz P., Drzewoski J., Olszanecka-Glinianowicz M., Mach T., Gutkowski K., Raszeja-Wyszomirska J., Jabłkowski M., Cichoż-Lach H., Stachowska E., Socha P., Okopień B., Krawczyk M., Kajor M., Drobnik J., Lewiński A., Wójcicki M., Januszewicz A., Strojek K.: Postępowanie z chorymi na niealkoholową stłuszczeniową chorobę wątroby. Zalecenia Polskiej Grupy Ekspertów NAFLD 2019. Med. Prakt., 2019; 10: 47–74
2. Ludwig J., Viggiano T.R., McGill D.B. i wsp.: Nonalcoholic steatohepatitis: Mayo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease. Mayo Clin. Proc., 1980; 55: 434–438
3. Pimpin L., Cortez-Pinto H., Negro F. i wsp.: Burden of liver disease in Europe: Epidemiology and analysis of risk factors to identify prevention policies. J. Hepatol., 2018; 69: 718–735
4. Vernon G., Baranova A., Younossi Z.M.: Systematic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults. Aliment. Pharmacol. Ther., 2011; 34: 274–285
5. Younossi Z.M.: The epidemiology of nonalcoholic steatohepatitis. Clin. Liver Dis. (Hoboken), 2018; 11: 92–94
6. York L.W., Puthalapattu S.: Non-alcoholic fatty liver disease and low-carbohydrate diets. Annu. Rev. Nutr., 2009, 29, 365–379.
7. Younossi Z.M., Stepanova M., Afendy M. i wsp.: Changes in the prevalence of the most common causes of chronic liver diseases in the United States from 1988 to 2008. Clin. Gastroenterol. Hepatol., 2011; 9: 524–530
8. Hartleb M., <https://www.termedia.pl/naflD/Prof-Marek-Hartleb-Stluszczzenie-watroby-wystepuje-u-20-25-proc-Polakow,31922.html>, data wejścia 20.11.2019
9. Musso G., Cassader M., Rosina F. i wsp.: Impact of current treatments on liver disease, glucose metabolism and cardiovascular risk in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD): a systematic review and meta-analysis of randomised trials. Diabetologia, 2012; 55: 885–904
10. Mai B.H., Yan L.J.: The negative and detrimental effects of high fructose on the liver, with special reference to metabolic disorders. Diabetes Metab. Syndr. Obes., 2019; 12: 821–826
11. Trovato F.M., Castrogiovanni P., Malatino L., Musumeci G.: Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) prevention: role of Mediterranean diet and physical activity. HepatoBiliary Surg Nutr 2019;8(2):167-169.
12. Bambha K., Wilson L.A., Unalp A. i wsp.: Coffee consumption in NAFLD patients with lower insulin resistance is associated with lower risk of severe fibrosis. Liver Int., 2014; 34: 1250–1258
13. Raport z badania metodą CAPI realizowanego przez Ipsos Sp. z o.o.: “Polacy, a niealkoholowe stłuszczenie wątroby”. Reprezentatywna próba Polaków w wieku 15+; N=1006. Realizacja 12-17.09.2019.