Огляди літератури

DOI 10.11603/1811-2471.2026.v.i2.16389
УДК 616.36-036.12-085

©Тетяна Лазарчук https://orcid.org/0000-0002-3357-1091
©Олена Левчик https://orcid.org/0000-0001-8398-492X

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, Україна

МЕНЕДЖМЕНТ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

РЕЗЮМЕ. Хронічне дифузне захворювання печінки (ХДЗП) є другою причиною втрати працездатності серед європейців молодого і середнього віку, а питома вага його у загальній структурі смертності – 3 %. Це зумовило неприйнятну епідеміологічну ситуацію, спонукаючи переглянути підхід до цирозу печінки (ЦП), з лікування ускладнень до профілактики його розвитку у групах високого ризику на рівні первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Мета – проаналізувати інформаційні та літературні джерела щодо поширеності основних факторів ризику (ФР) ХДЗП, методологічних підходів до формування груп ризику розвитку та методів моніторингу фіброзу (цирозу) печінки.

Матеріал і методи. Опрацьовано публікації із ранньої діагностики та ефективного ведення ХДЗП задля запобігання прогресування та ранньої смертності. Пошук здійснено за допомогою платформ MEDLINE/PubMed та Index Medicus за останнє десятиліття.

Результати. ХДЗП пов'язані із різними ФР, серед яких розлади вживання алкоголю (РВА), ожиріння, діабет типу 2 (ЦД типу 2) та підвищені показники печінкових проб вважаються основними, проте не єдиними, тригерами для неінвазивного скринінгу фіброзу печінки за допомогою, до прикладу, індексу фіброзу-4 (FIB-4), що покращує показники ранньої діагностики ХДЗП, тим самим запобігаючи захворюваності та смертності від ЦП. Із цих позицій роль лікаря ПМСД у підвищенні обізнаності громади щодо ФР ХДЗП, важливості своєчасної діагностики та заохочення до раннього лікування ХДЗП є ключовою, такою, що здатна зменшити коротко- та довгострокове навантаження цих захворювань на громадське здоров'я.

Висновки. Існуючі у світі стратегії формування груп високої передтестової ймовірності розвитку ХДЗП найчастіше базуються на оцінці ФР, найпоширенішими з яких визнані РВА, ожиріння, метаболічний синдром та ЦД типу 2, у поєднанні з індексом FIB-4, значення якого визначає подальший маршрут і програму дій. Імплементація у систему цифрової документації ідентифікаторів ФР та калькулятора FIB-4 могло б оптимізувати роботу лікаря ПМСД з відбору пацієнтів групи високого ризику ХДЗП.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: фактори ризику; фіброз (цироз) печінки; стратифікація ризику; сучасні методи; калькулятор FIB-4; сімейна медицина.

Вступ. За даними ВООЗ, у поточному десятилітті другою, після ішемічної хвороби серця, причиною втрати працездатності серед європейців молодого і середнього віку визнані захворювання печінки (ЗП). Станом на 2019 рік зростання показників смертності від ЗП у країнах європейського регіону забезпечило 3 % питому частку в структурі смертей від усіх причин. При цьому смертність від хронічного ХДЗП збільшилась на 25 %, а від гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК) – на 70 %, і ці дані вважаються заниженими через особливості збору інформації [1–3]. Континуум прогресування до фіброзу печінки (ФП), цирозу печінки (ЦП), печінкової недостатності та пов'язаних ускладнень у тому числі раку печінки, відбувається у відповідь на численні фактори ризику (ФР), що запускають патофізіологічні механізми [4]. У медичній практиці початок оцінки ХДЗП здебільшого пов'язаний із аномаліями печінкових тестів, проте у більшості з цих осіб ніколи не розвинеться тяжке захворювання. На противагу, люди із недіагностованим ЦП, у більшості з яких печінкові проби знаходяться у референтних межах, залишаються непоміченими. З огляду на складну епідеміологічну ситуацію зміна концепції підходу до ЦП з лікування ускладнень до профілактики та превенції його розвитку в групах високого ризику, а також – до виявлення ХДЗП на ранніх стадіях, посилює роль медичних працівників ПМСД, які, за умов ефективного менеджменту, здатні вирішувати питання виявлення та впливу на ФР ХДЗП; скринінгу фіброзу/цирозу печінки на ранніх стадіях у групах високого ризику та скерування до спеціалістів; супроводу пацієнтів із ЦП та надання паліативної допомоги на термінальних стадіях [5].

Мета – проаналізувати доступні інформаційні та літературні джерела щодо поширеності основних ФР ХДЗП, методологічних підходів до формування груп високого ризику розвитку ХДЗП та методів моніторингу фіброзу (цирозу) печінки.

Матеріал і методи дослідження. У ході дослідження опрацьовано вітчизняні та зарубіжні

наукові публікації, присвячені проблемі ранньої діагностики та ефективного ведення пацієнтів із ХЗП з метою запобігання прогресуванню та ранній смертності. Пошук здійснено за допомогою фахових платформ MEDLINE/PubMed та Index Medicus за останнє десятиліття. Для пошуку потенційно релевантних матеріалів було використано ключові слова англійською мовою: хронічні дифузні захворювання печінки, хронічний вірусний гепатит, алкогольна хвороба печінки, жирова хвороба печінки, маркери фіброзу (цирозу) печінки .

Основний зміст. Аналіз комісією EASL-Lancet liver Commission ФР, здатних запустити механізми прогресування ФП до ЦП, визначив алкоголь як найпоширеніший. Споживання алкоголю асоціюють із 40 % передчасних смертей, пов'язаних із ЗП та 50 % усіх випадків ЦП, що забезпечують найбільшу питому вагу у Європейському реєстрі трансплантації печінки [2]. За результатами соціологічного опитування дорослого населення України, проведеного у 2023 році Київським міжнародним інститутом соціології (KMIC) за фінансової та технічної підтримки ВООЗ, питома вага теперішніх споживачів алкоголю становила 77,4 %, з яких 80,1 % – чоловіки та 75,2 % – жінки. Найбільша поширеність споживання алкоголю виявлена у молодших вікових групах. Усі респонденти усвідомлювали негативний вплив алкоголю на здоров'я, однак не пов'язували його із ЗП. Серед українців, які пов'язали алкоголь із раком, 95,7 % вважають рак печінки прямим наслідком розладу вживання алкоголю (РВА) [6]. Установлено, що алкоголь як визнаний канцероген не має граничного рівня споживання для ризику розвитку раку, на відміну від його впливу на ризик ССЗ, що зменшується при помірно-легкому споживанні [7]. Проте клінічно доведено сповільнення прогресування ХДЗП на будь-якому етапі його природного перебігу за умови абсолютної алкогольної абстиненції [8]. Таким чином, експоненціальна залежність між споживанням алкоголю та реакцією печінки дає підґрунтя для виокремлення групи пацієнтів із ризиком виникнення та прогресування ХДЗП. Тому РВА підлягають систематичному оцінюванню сімейним лікарем як у рамках первинної профілактики ХДЗП, переважно в осіб 40–45 років, так і в рамках програми ведення пацієнтів із уже встановленим діагнозом для запобігання прогресуванню та розвитку ускладнень [9]. Попри значну кількість інструментів для виявлення РВА, «золотим стандартом» залишається опитувальник AUDIT [10].

Загрозливо наростаючою епідемією в Європі визнана неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП), якій, за відсутності агресивних профілактичних заходів, прогнозується першість серед причин смерті від ССЗ у 40 %, позапечінкового раку – у 20 % та ускладнень, пов'язаних із печінкою – у ~ 10 % [11, 12]. У цьому контексті слід зазначити, що ССЗ та злоякісні новоутворення є найпоширенішими причинами смерті у пацієнтів із НАЖХП без прогресуючого фіброзу, тоді як серед пацієнтів із прогресуючим фіброзом – захворювання печінки. Сьогодні на НАЖХП хворіють 23,7 % дорослого європейського населення [13]. Проблемою є те, що НАЖХП зазвичай нехтують як невід'ємною складовою таких метаболічних станів (МС) як ожиріння та цукровий діабет 2-го тип (ЦД 2), адже поширеність її серед людей з ожирінням становить 72–92 %, а серед хворих на ЦД 2 – 37,3 %, у 17 % з яких прогресуюче ЗП на стадії F2 і вище за Metaviг діагностується вже на момент первинного обстеження. Несприятлива ситуація з ожиріння та ЦД зафіксована і в Україні. За результатами дослідження поширеності основних ФР неінфекційних захворювань в Україні (STEPS), 59 % дорослих людей мали надлишкову вагу, з яких майже 25 % – ожиріння [14]. Щодо ЦД то, за даними МОЗ України, у 2023 році вперше діагностовано ЦД у 531 200 людей, що перевищує минулорічний показник на ~5 % (489 934 осіб) [15]. Отже, прогнозована поширеність НАЖХП серед українського дорослого населення із метаболічними порушеннями цілком може відповідати Європейським показникам.

Значимими ФР ХДЗП залишаються хронічні вірусні інфекції гепатиту В і С (ВГВ, ВГС). У середньому 13,6 млн людей, за даними ВООЗ, живуть із ВГВ, а 12,5 млн – із ВГС, із найбільшою поширеністю у країнах Східної Європи (6–8 % для ВГВ і 6 % для ВГС). Основними причинами усе ще високих показників поширеності та захворюваності на ВГ вважають низький рівень обізнаності населення, особливо у групах ризику, про захворювання, методи його запобігання (у т. ч. вакцинація) та наявні терапевтичні можливості; низьке охоплення медико-соціальними послугами; міграційні процеси в Європі [16].

Рідкісні ЗП – ще один виклик для медичної спільноти, оскільки у Європейському реєстрі трансплантації печінки їх питома вага перевищує 20 % і цей показник має зростаючу динаміку. До рідкісних ЗП у дорослих відносять автоімунні ЗП, генетично детерміновані ЗП, а також рідкісні пухлини печінки, полікістоз тощо [1].

Важливо розуміти, що у медичній практиці ми часто маємо справу із пацієнтами із декількома ФР ХДЗП, що модифікує прогноз перебігу захворювання, а отже і планування надання медичної допомоги. Так, синергія ожиріння подвоює гепатотоксичність алкоголю і забезпечує зростання ризику ГЦК всемеро [17]. Сумарний вплив

алкоголю та ВГВ/ВГС сприяє росту показників поширеності ЦП, ГЦК, а також смертності. Дослідження [18] продемонструвало, що 64,7 % споживачів алкоголю з ІМТ ≥30 кг/м^2 були курцями. За висновками комісії EASL-Lancet liver Commission, вагомий внесок у розвиток ХДЗП робить і «нездорове» харчування, оскільки оброблені харчові продукти забезпечують 61–79 % середнього споживання енергії [19]. У той же час доведено, що ефективний вплив хоча б на один із ФР покращує перебіг і прогноз захворювання [20].

Отже, оцінка ФР є важливим етапом у селекції пацієнтів із високою передтестовою ймовірністю ХДЗП. Активна робота із основними ФР ХДЗП передбачена протоколами, затвердженими МОЗ [21], і має відбуватися на всіх рівнях надання медичної допомоги і передусім – на первинному. У цьому контексті слід зауважити, що наявність персистентних цитолітичного та/або холестатичного синдромів із/без структурних змін гепатобіліарної системи, виявлених під час візуалізуючих обстежень, є прямим показанням для скерування до лікаря-спеціаліста (гастроентеролога, гепатолога). Наступний крок – це відбір пацієнтів для неінвазивного моніторингу ФП у групах «високого ризику», оптимальне визначення якого ще дискутується [22–24]. Хто ж підлягає скринінгу на ФП за допомогою індексу фіброзу-4 (FIB-4) або індексу співвідношення АСТ до тромбоцитів (APRI) задля запобігання клінічним наслідкам, пов'язаним із печінкою у найближчому десятилітті? Відповідь на це питання повинна ґрунтуватися на епідеміологічних даних громади щодо поширеності та етіології клінічно значимих випадків ХДЗП. Існуючі у світі стратегії базуються на різних комбінаціях ФР, які, що важливо, є простими у вимірюванні. Обов'язковими компонентами, як правило, є визначене у громаді небезпечне споживання алкоголю для чоловіків і жінок; надмірне ожиріння або більше трьох компонентів МС; наявність ЦД, а також співвідношення АСТ/АЛТ >0,8 за умови АЛТ >35 од/л для жінок і >45 од/л для чоловіків (лабораторна панель), хоча цей критерій не відповідає строгому визначенню ФР. Практично усі ефективні стратегії включають розроблену і запропоновану до використання у 2022 році шкалу прогнозування ризику ХДЗП (Chronic Liver Disease Risk Score-CLivD) [25]. Шкала CLivD, враховуючи вік, стать, вживання алкоголю, ЦД, співвідношення талія/стегно, а також статус куріння, передбачає мінімальне, низьке, проміжне та високе порогові значення, що забезпечує кращий тригер для подальшого обстеження на ФП, оскільки зменшує частку пропущених випадків до 9–15 %. Нелабораторна версія шкали CLivD запропонована для використання у кампаніях громадського здоров'я, орієнтованих на підвищення обізнаності щодо ризику ЗП, а також у медичних оглядах. Лабораторна версія CLivD включає такі показники, як АЛТ, АСТ, гамма-глутамінтранспептидаза (ГГТП), а також показники ліпідограми. Найкращим предиктором майбутніх клінічних ЗП визнана ГГТП [22, 26]. У фінській, британській та американській когортах високу ефективність продемонструвала стратегія, яка базувалася на наявності принаймні одного з наступних ФР: шкідливе вживання алкоголю, тяжке ожиріння, три та більше метаболічних факторів, середній/високий бал за шкалою CLivD та підвищене співвідношення АСТ/АЛТ. Чутливість та специфічність цієї послідовної стратегії становили 56 % та 82 % відповідно, яка оцінювалася за результатами транзієнтної еластографії [22]. Отже, українцям належить розробити власну стратегію відбору пацієнтів для раннього виявлення та запобігання клінічно значимим випадкам ЗП, ґрунтуючись на результатах національних епідеміологічних досліджень. Гіпотетично принцип відбору пацієнтів для неінвазивного скринінгу ФП, що ґрунтується на таких ФР, як РВА, наявність ожиріння, ЦД 2 або більше трьох критеріїв МС у поєднанні із FIB-4, може бути корисним в українських реаліях. Валідність FIB-4 з незмінною точністю була доведена для оцінки тяжкості ФП у пацієнтів із ВГС та ВІЛ, а пізніше – для НАЖХП, що стало підставою для схвалення його комісією EASL-Lancet liver Commission до використання у групах високої передтестової ймовірності ХДЗП з урахуванням, у тому числі, вікової категорії для запобігання розвитку/посиленню тривожності внаслідок хибнопозитивних результатів [27]. Розрахункове значення FIB-4<1,3 (для осіб старше 60 років FIB-4 <2, а для осіб старше 70 років FIB-4 <2,67) свідчить про відсутність ФП і передбачає подальшу роботу із ФР. Тоді як FIB-4>3,25 передбачає прогресуючий ФП (специфічність – 98 %, позитивна прогностична цінність – 75 %) і є підставою для скерування пацієнта до лікаря-спеціаліста з метою подальшої верифікації діагнозу, зокрема за допомогою еластографії, яка дає можливість діагностувати не лише просунуту хворобу печінки, а й, залежно від рівня тромбоцитів, портальну гіпертензію на субклінічному рівні, а отже завчасно вжити заходів щодо запобігання її прогресуванню [28]. В епоху цифрових технологій створення і використання загальнонаціональної системи цифрових медичних карток із уніфікованими ідентифікаторами найпоширеніших ФР (РВА, ЦД 2, ожиріння, МС) та передбаченим алгоритмом оцінки ФП (до прикладу FIB-4) допомогло б лікарю ПМСД сконцентрувати увагу на особах із просунутим ЗП із подальшим формуванням маршруту пацієнта і плану лікування та, у перспективі,

подолати розрив між поширеністю ХДЗП і наданням медичної допомоги.

Висновки. Існуючі у світі стратегії формування груп високої передтестової ймовірності розвитку ХДЗП найчастіше базуються на оцінці ФР, серед яких найпоширенішими є РВА, ожиріння, МС, ЦД, у поєднанні із схваленим комісією EASL-Lancet liver Commission індексом FIB-4, значення якого визначає подальший маршрут і програму дій. За FIB-4 <1,3 (скорегованого за віком) пацієнти залишаються в юрисдикції лікаря ПМСД задля роботи із ФР. За FIB-4 >3,25 або наявності патологічних результатів печінкових проб пацієнта слід скерувати до лікаря-спеціаліста з метою уточнення змін і формування програми ведення. Імплементація у систему цифрової документації ідентифікаторів найпоширеніших ФР та калькулятора індексу FIB-4 могла б оптимізувати роботу лікаря ПМСД з відбору пацієнтів групи високого ризику ХДЗП та вчасного скерування їх до лікаря-спеціаліста.

Джерела фінансування. Власні кошти авторів.

Внесок авторів:

Тетяна Лазарчук – формування концепції дослідження; виконання аналізу та обговорення результатів; проведення огляду літератури та написання тексту.

Олена Левчик – проведення огляду літератури та написання тексту.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Декларація про використання штучного інтелекту. У підготовці рукопису ШІ не використовувався.

REFERENCES

1. Zamani M, Alizadeh-Tabari S, Ajmera V et al. Global Prevalence of Advanced Liver Fibrosis and Cirrhosis in the General Population: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2025; 23(7):1123-34. DOI: 10.1016/j.cgh.2024.08.020.

2. Karlsen TH, Sheron N, Zelber-Sagi S et al. The EASL-Lancet Liver Commission: protecting the next generation of Europeans against liver disease complications and premature mortality. Lancet. 2022; 399(10319):61-116. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)0170 1-3.

3. Wiacek M, Adam A, Studnicki R, Zubrzycki IZ. Exploring Cirrhosis: Insights into Advances in Therapeutic Strategies. Int J Mol Sci. 2025 Jul 25;26(15):7226. DOI: 10.3390/ijms26157226. PMID: 40806358; PMCID: PMC12346233.

4. Juanola A, Pose E, Ginès P. Liver Cirrhosis: ancient disease, new challenge. Med Clin (Barc). 2025; 164(5):238-246. English, Spanish. DOI: 10.1016/j.medcli. 2024.11.002.

5. Nakaz MOZ Ukrainy vid 19.03.2018 №504 "Poriadok nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy" [Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 19.03.2018 No 504 "On procedure for providing primary medical care"]. Ukrainian.

6. WHO. Alcohol consumption in Ukraine: behavior and attitude. Sociological survey results among adults 18+. December 2023: key findings. URL:https://www.who.int/docs/librariesprovider2/default-document-library/alcohol-consumption-ukraine-behaviour-attitude_en.pdf

7. Bagnardi V, Rota M, Botteri E et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. Br J Cancer. 2015;112(3):580-93. DOI: 10.1038/bjc.2014.579.

8. Masson S, Emmerson I, Henderson E, et al. Clinical but not histological factors predict long-term prognosis in patients with histologically advanced non-decompensated alcoholic liver disease. Liver Int. 2014; 34:235-42

9. Pustjens J, Brouwer WP, Ayada I et al. Considerations and clinical utility of referral pathways for early detection of liver disease in at-risk populations. World J Gastroenterol. 2025;31(37):107665. DOI:10.3748/wjg.v31.i37.107665.

10. Duodecim Medical Publications, Nastanova 00889. "Rozpiznavannia alkoholnoi ta narkozalezhnosti" [Instruction 00889. "Identification of alcohol and drug addiction"] 2017. Ukrainian. Available from: https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3657

11. Chan WK, Chuah KH, Rajaram RB, Lim LL, Ratnasingam J, Vethakkan SR. Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD): a state-of-the-art review. J Obes Metab Syndr. 2023;32(3):197-213. DOI: 10.7570/jomes23052.

12. Park J, Kim G, Kim H, et al. The association of hepatic steatosis and fibrosis with heart failure and mortality. Cardiovasc Diabetol. 2021;20(1):197.

13. Wattacheril JJ, Abdelmalek MF, Lim JK, Sanyal AJ. AGA Clinical Practice Update on the Role of Noninvasive Biomarkers in the Evaluation and Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Expert Review. Gastroenterology. 2023;165(4):1080-88. DOI: 10.1053/j.gastro.2023.06.013.

14. WHO. Doslidzhennia STEPS. Poshyrenist faktoriv ryzyku neinfektsiinykh zakhvoriuvan. Ukraina 2019 [STEPS survey. Prevalence of noncommunicable disease risk factors. Ukraine 2019]. World Health Organization; 2020. Ukrainian. Available from: https://ukraine.un.org/sites/default/files/2020-11/who-euro-2020-1468-41218-56061-ukr.pdf

15. Ministerstvo okhorony zdorov'ia Ukrainy. U piv miliona ukraintsiv diahnostovano tsukrovyi diabet u 2023 rotsi [Ministry of Health of Ukraine. Half a million Ukrainians diagnosed with diabetes mellitus in 2023]. 2023. Ukrainian.

Available from: https://moz.gov.ua/uk/u-piv-miljona-ukrainciv-diagnostovano-cukrovij-diabet-u-2023-roci

16. Baieva OV, Kovalenko OO, Kryvenko YeM, Puzanova OH. Tymchyk OV. Porivnialnyi epidemiolohichnyi analiz zakhvoriuvanosti na virusnyi hepatyt C v Ukraini z hlobalnymy pokaznykamy [Comparative epidemiological analysis of hepatitis C incidence in Ukraine with global indicators]. Klinichna ta profilaktychna medytsyna [Clinical and preventive medicine]. 2025;(8):169-77. DOI:10.31612/2616-4868.8.2025.18. Ukrainian.

17. Singal A, Bataller R, Ahn J, et al. ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. Am. J. Gastroenterol. 2018;113 (Iss. 2):175-94, DOI: 10.1038/ajg.2017.469.

18. Loomba R Yang, HI Su J, et al. Synergism between obesity and alcohol in increasing the risk of hepatocellular carcinoma: a prospective cohort study. Am J Epidemiol. 2013; 177:333-42.

19. Slimani N, Deharveng G, Southgate DA et al. Contribution of highly industrially processed foods to the nutrient intakes and patterns of middle-aged populations in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study. Eur J Clin Nutr. 2009; 63:206-S225.

20. Fouad Y Lazarus, JV Negro, F et al. MAFLD considerations as a part of the global hepatitis C elimination effort: an international perspective. Aliment Pharmacol Ther. 2021; 53:1080-89.

21. Ministry of Health of Ukraine, The Finnish Medical Society "DUODECIM medical publications Ltd". Klinichni protokoly [Clinical protocols]. Ukrainian. Available from: https://guidelines.moz.gov.ua/documents.

22. Åberg F, Jula A, Färkkilä M, et al. Comparison of various strategies to define the optimal target population for liver fibrosis screening: A population-based cohort study. United European Gastroenterol J. 2022;10(9):1020-28. DOI: 10.1002/ueg2.12323.

23. Li M, Yu H, Wan S et al. The fibrosis investigating navigator in diabetes (FIND): A tool to predict liver fibrosis risk in subjects with diabetes. Diabetes Obes Metab. 2025;27(3):1184-97. DOI: 10.1111/dom.16109.

24. Wattacheril JJ, Abdelmalek MF, Lim JK, Sanyal AJ. AGA Clinical Practice Update on the Role of Noninvasive Biomarkers in the Evaluation and Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Expert Review. Gastroenterology. 2023;165(4):1080-88. DOI: 10.1053/j.gastro.2023.06.013.

25. Åberg F, Luukkonen PK, But A, Salomaa V, Britton A, Petersen KM, Bojesen SE, Balling M, Nordestgaard BG, Puukka P, Männistö S, Lundqvist A, Perola M, Jula A, Färkkilä M. Development and validation of a model to predict incident chronic liver disease in the general population: The CLivD score. J Hepatol. 2022;77(2):302-311. DOI: 10.1016/j.jhep.2022.02.021.

26. Song J, Jiang ZG. A good step toward low-cost prognostication of liver-related outcome awaits more validation. J Hepatol. 2022;77:887–9

27. Rinella ME, Neuschwander-Tetri BA, Siddiqui MS, Abdelmalek MF, Caldwell S, Barb D, Kleiner DE, Loomba R. AASLD Practice Guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. Hepatology. 2023;77(5):1797-835. DOI: 10.1097/HEP.0000000000000323.

28. Dietrich CF, Bamber J, Berzigotti A, Bota S, Cantisani V, Castera L, Cosgrove D, Ferraioli G, Friedrich-Rust M, Gilja OH, Goertz RS, Karlas T, de Knegt R, de Ledinghen V, Piscaglia F, Procopet B, Saftoiu A, Sidhu PS, Sporea I, Thiele M. EFSUMB Guidelines and Recommendations on the Clinical Use of Liver Ultrasound Elastography, Update 2017 (Long Version). Ultraschall Med. 2017;38(4):e48. DOI: 10.1055/a-0641-0076.

Tetiana Lazarchuk, Olena Levchyk

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

MANAGEMENT OF CHRONIC LIVER DISEASE AT THE PRIMARY HEALTH CARE LEVEL

SUMMARY. Chronic diffuse liver disease (CDLD) is the second leading cause of disability among young and middle-aged Europeans, accounting for 3 % of total mortality. This has led to an unacceptable epidemiological situation, prompting a review of the approach to liver cirrhosis (LC) from the treatment of complications to the prevention of its development in high-risk groups at the primary health care (PHC) level.

The aim – to analyze information and literature sources on the prevalence of the main risk factors (RF) for CLD, methodological approaches to the formation of high-risk groups, and methods for monitoring liver fibrosis (cirrhosis).

Material and Methods. Publications on the early diagnosis and effective management of CDLD were reviewed with the aim of preventing progression and early mortality. The search was conducted using the MEDLINE/PubMed and Index Medicus platforms for the last decade.

Results. CDLD is associated with various risk factors (RFs), among which alcohol use disorders (AUD), obesity, type 2 diabetes (T2DM), and elevated liver enzyme levels are considered the primary – though not the only – triggers for non-invasive liver fibrosis screening. Utilizing tools such as the Fibrosis-4 Index (FIB-4) improves early diagnosis of CDLD, thereby preventing morbidity and mortality from liver cirrhosis. From this perspective, the role of the PHC physician is pivotal in raising community awareness regarding CDLD risk factors, emphasizing the importance of timely diagnosis, and encouraging early treatment. Such involvement is crucial for reducing both the short- and long-term burden of these diseases on public health.

Conclusions. Global strategies for identifying groups with a high pre-test probability of CDLD are primarily based on the assessment of risk factors – most notably AUD, obesity, metabolic syndrome, and T2DM – combined with the FIB-4 index, the value of which determines the subsequent clinical pathway and action plan. The implementation of risk factor identifiers and a FIB-4 calculator into digital medical record systems could optimize the workflow for PHC physicians in selecting patients at high risk for CDLD.

KEY WORDS: risk factors; liver fibrosis (cirrhosis); risk stratification; modern methods; FIB-4 calculator; family medicine.

Надійшла до редакції 22.12.2025
Прийнята після рецензування 23.04.2026
Подана до друку 14.05.2026

Електронна адреса для листування: levchykoi@tdmu.edu.ua