

**Tab. 2.** Uvedené doporučené konkrétní změny životosprávy při terapii MASLD; volně dle (37)

Oblast	Intervence
Příjem energie	Snížit o 500–1000 kcal/den
Složení makronutrientů	Přizpůsobit složení středomořské stravy Vysokoproteinová dieta či dieta ketogenní s nízkým obsahem sacharidů Dieta s nízkým až středním obsahem tuků a středním až vyšším obsahem sacharidů
Příjem fruktózy	Vyvarovat se jídlu a nápojům s vysokým obsahem fruktózy
Pití kávy	Bez limitací z jaterních příčin
Příjem alkoholu	Striktně se držet minimálního množství alkoholu (M < 30 g, Ž < 20 g alkoholu/den)
Mikronutrienty	Krátkodobá terapie vitamínem E (800 IU/den) u pacientů s biopticky prokázaným NASH bez diabetu a bez známé cirhózy
Hubnutí	Týdně ideálně pokles váhy o 0,5–1 kg 7–10% pokles váhy jako ideální cíl pro MASLD pacienty s nadváhou a obezitou (nezbytný pokles alespoň 3–5 %) Kognitivně behaviorální přístup zaměřený k udržení váhy pomocí fyzické aktivity
Fyzická aktivita/cvičení	Preferenze aerobního cvičení střední intenzity po dobu 150–200 min/týden ve 3–5 sezeních (rychlá chůze, jízda na kole apod.) Rezistentní trénink prokázal svou efektivitu a vede k muskuloskeletální zdatnosti s efektem na metabolické rizikové faktory Vysoká míra únavy a denní ospalosti vyvolané inaktivitou vede k horší complianci se cvičením

srovnatelně efektivní v redukci steatózy u MASLD. Výhodný může být rezistenční trénink u kardiopulmonálně méně zdatných jedinců, jelikož bývá lépe tolerován (34).

### Složení potravy

Velmi negativní vliv má dieta s vysokým obsahem kalorií, jako je strava s nadbytečným množstvím rafinovaných cukrů, především fruktózy, a satureovaných tuků, která je spojena s výskytem MASLD (35). Jako zástupce vhodné stravy je uváděna středomořská dieta, která vykazuje pozitivní

vliv na kardiovaskulární i jaterní morbiditu, zlepšuje jaterní steatózu a fibrózu, přičemž tento vliv je nezávislý na míře kalorické restrikce (7, 35). Nevhodný je tzv. západní styl stravování s vysokým obsahem rafinovaných cukrů, satureovaných tuků, solí, červeného masa, s malým obsahem polynenasycených mastných kyselin – typicky zastoupený tzv. vysoce zpracovanými potravinami (7, 15). Dalším prospěšným nutriemem je káva, která nezávisle na obsahu kofeinu při užívání více než 3 šálků denně vede ke snížení rizika vzniku MASLD a fibrózy jater (36). Přehled doporučených změn životosprávy uvádíme v tabulce 2.

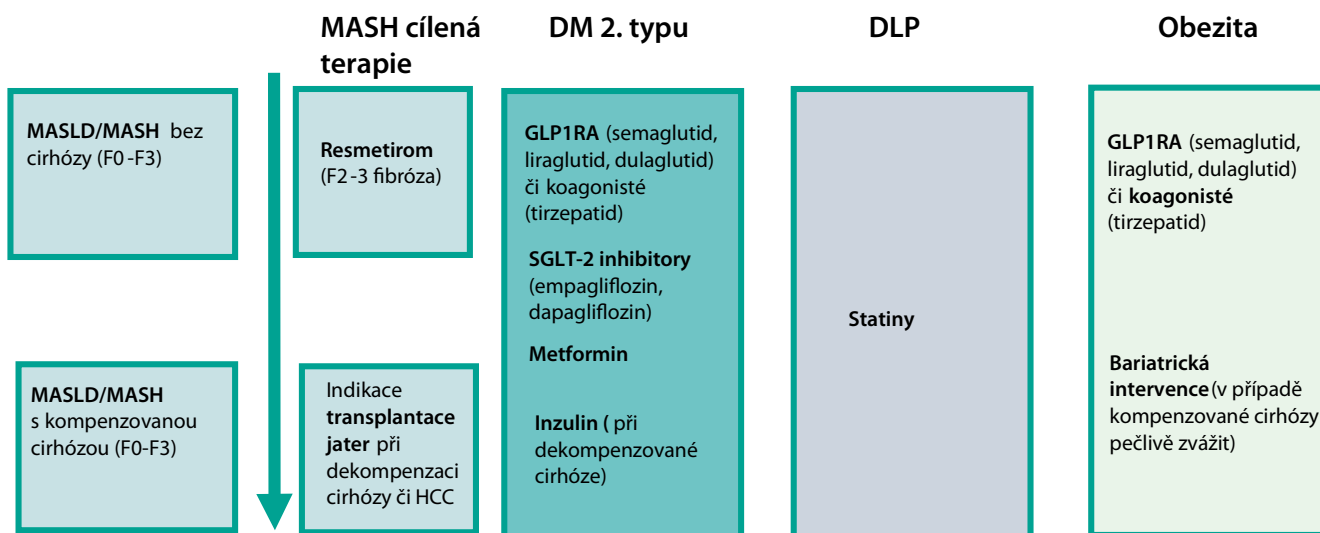
### Farmakoterapie

Pokud u pacientů selžou režimová opatření či mají pokročilejší formu MASLD, je vhodné přistoupit k zahájení medikamentózní léčby.

### Antidiabetika

#### Inkretinová mimetika

Jedná se o glukagon-like peptid 1 (GLP1) agonisty, dále také o takzvané duální agonisty, kde kromě vazby na receptor pro GLP1 se vážou také na receptor glukózo-dependentního inzulinotropního polypeptidu (GIP) se zástupcem tirzepatidem či na glukagonový receptor se zástupcem survodutidem či cotadutidem. Mezi triple inkretinové agonisty (GLP1, GIP a agonisty glukagonového receptoru) patří například retatrutid (38). Zástupci těchto skupin mají slibné výsledky u terapie DM 2. typu a některé z nich jsou indikovány k terapii obezity (liraglutid, semaglutid a tirzepatid), kdy prokázaly pozitivní vliv na kardiovaskulární a renální rizika (7). Mají multipotentní účinky, kdy zlepšují prandiální sekreci inzulinu, zvyšují pocit sytosti ať už centrálně, tak i přes snížení gastrické motility. U velké studie se semaglutidem u pacientů s MASH ve srovnání s placebem bylo prokázáno histologické zlepšení MASH, avšak bez zlepšení fibrózy (39). Tirzepatid u pacientů s histologicky prokázanou MASH s fibrózou stadia F2-3 prokázal efekt na histologickou regresi MASH bez zhoršení fibrózy a také ve srovnání s placebem u většího zastoupení pacientů došlo k regresi fibrózy o jeden stupeň

**Obr. 3.** Přehled komplexního přístupu farmakoterapie a dalších intervencí u MASLD; volně dle (7)

GLP1RA – agonisté receptoru glukagon-like peptidu 1, SGLT-2 – sodíko-glukózový transportér typu 2, HCC – hepatocelulární karcinom.