

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 170 - 2018

Випуск 19 з проблеми
«Інфекційні та паразитарні хвороби»
Підстава: рецензія експерта з групи
експертів МОЗ України

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ.

ДІАГНОСТИКА ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ЯК НАСЛІДКУ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**УКРМЕДПАТЕНТИНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ**

А В Т О Р И:

**КОЗЬКО В.М.,
СОЛОМЕННИК Г.О.,
ЮРКО К.В.**

м. Київ

**Суть
впровадження:**

призначено для неінвазивної діагностики цирозу печінки у хворих на хронічний гепатит С на підставі визначення активності плазміногену в плазмі крові.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) інфекційного профілю.

У промислово розвинених країнах HCV-інфекція спричиняє 70 % усіх хронічних гепатитів, 40 % цирозу печінки (ЦП) і 60 % випадків гепатоцелюлярної карциноми в термінальній стадії. Хронічна HCV-інфекція призводить до виникнення ЦП протягом 20-30 років у 20-30 % хворих

У термінальній стадії діагностика ЦП зазвичай не завдає труднощів, тому що йому притаманна досить характерна клінічна картина. Але ЦП при HCV-інфекції має важливу особливість, яку не можна не враховувати – у багатьох хворих він характеризується безсимптомним перебігом протягом досить тривалого часу, а також можливістю розвитку вираженого фіброзу печінки та цирозу у хворих зі стабільно нормальною активністю аланінамінотрансферази. Тобто ЦП у певної групи хворих на хронічний гепатит С (ХГС) не може бути встановлений тільки на підставі стандартних клініко-лабораторних даних. Проте своєчасна діагностика ЦП як наслідку ХГС – важливе завдання, тому що вона дає змогу визначати прогноз захворювання, призначати адекватне лікування.

Достовірним методом оцінки морфологічних змін у печінці є пункційна біопсія з наступним гістологічним дослідженням тканини. Цей метод вважають «золотим» стандартом діагностики. Однак, поряд з багатьма перевагами, він має низку суттєвих недоліків: інвазивність процедури, фізичний і психологічний дискомфорт, ризик ускладнень, у тому числі летальних, існування обмежень та протипоказань до виконання цієї маніпуляції, неможливість завжди отримати адекватний об'єм тканини, суб'єктивний характер оцінки гістологічних даних, висока коштовність, труднощі динамічного спостереження тощо.

Таким чином, необхідним є пошук зв'язку між лабораторними показниками і морфологічними змінами та визначення можливих

маркерів, які б відбивали стан цих змін. Виникає потреба знайти простий неінвазивний метод діагностики ЦП.

Для вирішення поставленої задачі було досліджено активність білка плазміногену в плазмі крові 39 (100 %) хворих на ХГС з різною стадією фіброзу (відсутній – у 17 (44 %), слабкий – у 4 (10 %), помірний – у 6 (15 %), виражений – у 2 (5 %), тяжкий – у 10 (26 %) осіб). Стадію фіброзу встановлювали за системою FibroMax, яка є сучасною альтернативою біопсії печінки.

Компоненти плазмінового каскаду беруть участь у процесах запалення, регенерації та фіброзу печінки, стимулюючи, з одного боку проліферацію та регенерацію гепатоцитів, деградацію колагену і відновлення архітектоники печінки або, навпаки, інгібуючі матриксні металопротейнази та посилюючи накопичення внутрішньоклітинного матриксу, сприяють тканинному ремодельованню. Той факт, що синтез плазміногену відбувається переважно у печінці, дав підстави вважати, що коливання його активності може найбільш повно відбивати функціональний стан печінки та морфологічні зміни в ній.

Статистична обробка отриманих даних з використанням критерію згоди Пірсона виявила щільний зв'язок між активністю плазміногену в плазмі крові обстежених хворих і відсутністю або наявністю тяжкого фіброзу, тобто цирозу печінки в них. Встановлено, що за умови, коли активність плазміногену в плазмі крові дорівнює або нижче 60 % (у разі виключення інших причин, що призводять до зниження активності плазміногену в плазмі крові), у хворого з високою вірогідністю прогнозують наявність ЦП, а при значенні цього показника понад 95 % – відсутність фіброзу.

Спосіб виконують таким чином: у хворого на ХГС зранку натще виконують забір венозної крові у кількості 4,5 мл у пластикову пробірку, що містить 0,5 мл 3,8 % розчину натрію цитрату (у співвідношенні 9:1), або у вакуумну систему для забору крові на 3,2 % (0,109 моль/л) натрію цитрату. Кров відразу центрифугують протягом 15 хв. за 3000 об/хв. (1200 g). Піпеткою відбирають плазму, в якій визначають активність плазміногену відомим способом (хроматографічним методом на фотометричному обладнанні, біохімічному аналізаторі тощо) і залежно від отриманого результату підтверджують або виключають наявність цирозу печінки у пацієнта.

Показання до застосування: хронічний гепатит С.

Протипоказання до застосування: спадковий дефіцит плазміногену, сепсис, ДВЗ-синдром, перебування на фібринолітичній терапії стрептокіназою.

Продукція плазміногену при фіброзі печінки та, відповідно, активність його у плазмі крові таких хворих різко знижується. Цей показник не дає змогу розмежувати окремі стадії фіброзу, але з високою (95 %) вірогідністю прогнозує тяжкий фіброз печінки (цироз) або його відсутність. Особлива цінність способу пов'язана з його дешевизною та доступністю для хворого.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «Оптимізація діагностики та лікування вірусних і бактеріальних інфекцій, у тому числі у ВІЛ-інфікованих осіб» (№ державної реєстрації 0116U004982, термін виконання 2016-2018 рр.).

За додатковою інформацією з даної проблеми звертатись до автора листа: Соломенник Г.О., тел. 0502037972, кафедра інфекційних хвороб, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022.