

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

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

про нововведення в сфері охорони здоров'я

Випуск ___ з проблеми
«Педіатрія»

Підстава: рецензія головного
позаштатного спеціаліста МОЗ України
зі спеціальності «Педіатрія»
Бекетової Г.В.

ГОЛОВНОМУ ПЕДІАТРУ,
КЕРІВНИКАМ СТРУКТУРНИХ
ПІДРОЗДІЛІВ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я ОБЛАСНИХ, КИЇВСЬКОЇ
МІСЬКИХ ДЕРЖАВНИХ АДМІНІСТРАЦІЙ

ВИВЧЕННЯ СТАНУ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ТА
ПРОФІБРОГЕННИХ МЕДІАТОРІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГЕМОРАГІЧНИЙ
ВАСКУЛІТ

Установи-розробники:

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Автори:

МАКЄЄВА Н.І.
ОДИНЕЦЬ Ю.В.
ЯВОРОВИЧ М.В.

УКРМЕДПАТЕНТИНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

м. Київ

Суть впровадження: прогнозування перебігу та своєчасної діагностики ускладнень геморагічного васкуліту у дітей шляхом визначення моноцитарного хемотаксичного протеїну-1, метаболітів оксиду азоту, фактору Віллебранда (ФВ) та морфофункціонального стану судин, як показників вазорегуляторної функції ендотелію.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) педіатричного профілю для підвищення якості діагностики тяжких форм геморагічного васкуліту (ГВ), а також сприятиме своєчасній діагностиці ускладнень та покращенню ефективності лікування.

Тяжкість перебігу ГВ обумовлена залученням в патологічний процес нирок. У більшості розвинених країн спостерігається тенденція до неухильного зростання числа осіб зі стійким зниженням функції нирок, що потребують доволі дорогих методів лікування. Крім того, прогресуючі захворювання нирок перебігають в тісному зв'язку з порушенням функції судинного ендотелію, в тому числі й перитубулярних капілярів.

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на васкуліт Шенлейна — Геноха (геморагічний васкуліт, пурпура Шенлейна — Геноха) (ВШГ) №676 затверджено в Україні у 2006 році. Таким чином, за останні 10 років не переглядалися алгоритми ранньої клініко-лабораторної діагностики патологічного процесу та профілактичні заходи, що дали б змогу попередити рецидиви захворювання та перехід у хронічну форму.

Ефективність способу доказана на підставі проведеного обстеження, статистичного аналізу отриманих даних. До дослідження увійшло 77 дітей віком від 1 до 18 років. З них 60 хворих на геморагічний васкуліт (25 дівчат та 35 хлопчиків), які перебували на лікуванні у КЗОЗ «Харківська міська клінічна дитяча лікарня №16». Діагноз захворювання верифікували та встановлювали за допомогою загальноприйнятих клініко-лабораторних та інструментальних показників згідно протоколу МОЗ України №676 від 12.10.2006 року. Визначення МСР-1 у сироватці крові проводилось за допомогою імуноферментного набору для кількісного

визначення людського MCP-1 Bender MedSystems GmbH, (Австрія) в сироватці крові. Вміст оксиду азоту в сироватці крові вимірювали за концентрацією його стабільних метаболітів оксиду азоту – NO₂, NO₃ та S-нітрозотіолу сироватки крові спектрофотометричним методом. Визначення активності ФВ проводили за ристоцетиновим тестом методом агрегації. Вимірювання товщини комплексу інтима-медіа загальної сонної артерії (КІМ ЗСА) проводили за стандартною методикою (P. Pignoli, 1986). Також проводили пробу з реактивною гіперемією або визначення ендотелій-залежної вазодилатації плечової артерії (ЕЗВД ПА) за методикою D. Celermajer та співавт. (1992).

У дітей, хворих на ГВ, визначаються суттєві високодостовірні зміни ($p < 0,01$) показників, що характеризують функцію ендотелію судин (метаболітів оксиду азоту – NO₂, NO₃, S-нітрозотіол), фактору Віллебранда в сироватці крові, товщини КІМ ЗСА та ендотелійзалежної вазодилатації), а також моноцитарного хемотаксичного протеїну-1, ступінь змін яких знаходиться в прямій залежності від активності, форми перебігу та ниркових ускладнень захворювання, але не залежить від статі та віку пацієнтів. З метою моніторингу перебігу ГВ у дітей рекомендується використовувати неінвазивні методи визначення товщини КІМ ЗСА та ендотелійзалежної вазодилатації плечової артерії в динаміці захворювання. Збереження товщини КІМ ЗСА понад 0,9 (0,9;1,0) мм та показників приросту діаметру ПА з негативними (-13,79 (-17,14;-9,67)%) значеннями поза активністю ГВ можуть свідчити про несприятливий перебіг запального процесу. З метою прогнозування несприятливого перебігу ГВ у дітей рекомендується використовувати поряд з морфофункціональними показниками стану ендотелію судин, визначення рівнів у сироватці крові фактору Віллебранда, NO₂, NO₃, S-нітрозотіолу. Показники фактору Віллебранда вище за (185,31%), зниження рівнів NO₂ (6,9 мкмоль/л), NO₃ (14,7 мкмоль/л), S-нітрозотіолу (0,15 ммоль/л) у поєднанні з підвищенням товщини КІМ ЗСА і негативними значеннями приросту діаметра ПА можуть використовуватися як маркери прогресування та несприятливого перебігу ГВ у дітей.

Для прогнозування розвитку ниркових ускладнень ГВ у дітей рекомендовано використовувати визначення рівнів МСР-1 у сироватці крові, значення яких від 2040,0 пг/мл і вище вказує на можливість розвитку ниркового синдрому, показник відносного ризику якого становить $RR=11,5$ 95% ДІ: 2,6-49,1.

Висновок: підвищення рівнів МСР-1 та ендотеліальна дисфункція в дітей, хворих на ГВ, є тісно асоційованими процесами, що призводять до прогресування захворювання з подальшим виникненням ускладнень. Результати дослідження показали, що при ГВ ендотелій судин є не тільки плацдармом, на якому розвивається запальний процес, а й активним співучасником патофізіологічних подій з порушенням численних функцій ендотелію, у реалізації котрих суттєва значимість морфофункціональних змін судинної стінки, фактору Віллебранда, метаболітів оксиду азоту, МСР-1. Виразність змін цих показників є не лише маркером ендотеліальної дисфункції, але й прогностичною ознакою несприятливого перебігу захворювання та розвитку ускладнень.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР кафедр педіатрії Харківського національного медичного університету «Медико-біологічна адаптація дітей з соматичною патологією в сучасних умовах» (номер державної реєстрації 0114U003393), термін виконання 2013-2016 рр.

За додатковою інформацією слід звертатися до автора листа: Харківський національний медичний університет, кафедра педіатрії №2, Яворович Марії Вадимівни, тел. 0958664509.