

Актуальные вопросы лабораторной диагностики

9 ноября в г. Киеве прошла научно-практическая конференция **Synevo Day**, посвященная актуальным вопросам лабораторной диагностики. Мероприятие, ориентированное на практических врачей, было инициировано руководством украинской сети медицинских лабораторий «Синэво». В настоящее время она является единственной сетью негосударственных лабораторий, которая охватывает всю страну и представляет самые современные возможности диагностики. Работа конференции с участием более 450 украинских специалистов проводилась параллельно в двух секциях, посвященных, соответственно, роли и возможностям использования лабораторной диагностики в гинекологии и гастроэнтерологии.

В Украине европейская сеть медицинских лабораторий «Синэво» работает с 2007 г. Ее стремительное развитие в значительной степени обусловлено высоким уровнем сервиса, соответствующего таковому европейских предприятий. Подобный подход характеризуется обеспечением не только гарантированно качественных результатов анализов, максимальной эффективности и оперативности всего диагностического процесса, создания комфорта для посетителей лабораторий, но и адекватного обмена информацией с медицинской общественностью. Очевидно, что лабораторная диагностика сегодня является неотъемлемой частью терапевтического процесса, а быстрый темп ее развития характеризует новый этап современной клинической медицины. С одной стороны, качество проведения лабораторных исследований зачастую определяет адекватность рекомендуемого врачом лечения, позволяет контролировать эффективность терапии, с другой — знания врача о современных возможностях лабораторной диагностики определяют спектр назначаемых пациенту анализов. В данном контексте сеть «Синэво», учитывая реальные потребности клинической практики в тех или иных видах анализов, уделяет большое внимание обмену информацией с врачами и предоставляет самую современную научную информацию о возможностях лабораторных тестов и подходах к их интерпретации.

Лабораторная диагностика в гинекологической практике

О клинико-лабораторных аспектах современной перинатологии рассказала профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук Тамара Григорьевна Романенко. Врожденные пороки развития и хромосомные болезни человека являются серьезной медицинской и социально-экономической проблемой. Ее актуальность возрастает в связи с увеличением количества рождаемости, экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), беременностей у женщин старше 35 лет, а также ростом частоты различных пороков развития в популяции в целом. Пренатальная диагностика в сочетании с молекулярно-цитогенетическим методом позволяют эффективно выявлять хромосомные и генные патологии на стадии антенатального развития, снизить количество врожденных пороков развития, детской смертности и инвалидности. В частности, данный метод позволяет обнаружить наличие у плода синдрома Дауна почти в 90% случаев, синдрома Эдвардса — в 97% случаев, что позволяет семье принять решение о сохранении или прерывании беременности.

Выделяют несколько этапов пренатальной диагностики: I этап — медико-генетическое консультирование, II этап — пренатальный скрининг (ультразвуковые и биохимические маркеры), III этап — инвазивная (цитогенетическая) диагностика. Пренатальный скрининг как комплексная экспертная услуга высокого класса является частью программы дородового наблюдения и требует слаженного взаимодействия лабораторных и клинических служб. Следует отметить, что пренатальный скрининг не может определить все случаи врожденных хромосомных аномалий или поставить точный диагноз, однако позволяет выделить группу риска.

Выступающая рассказала об основных этапах расчета риска и напомнила, что пациентка должна быть информирована о цели исследования и возможных действиях в случае попадания в группу риска.

Пренатальный скрининг I триместра (срок беременности 11-13 нед) включает ультразвуковое исследование (УЗИ), двойное биохимическое исследование (РАРР-А, свободный хорионический гонадотропин человека — β-ХГЧ), анкетирование. Профессор отметила, что определение уровня РАРР-А незаменимо в прогнозировании риска осложнений на ранних сроках беременности (в первую очередь невынашивания). В этот период РАРР-А рассматривается как маркер развития плацентарной дисфункции и осложнений беременности во II и III триместрах. После скрининга I триместра показана плановая консультация акушера-гинеколога и принятие



решения о целесообразности дальнейшей инвазивной диагностики (биопсия ворсин хориона).

Во II триместре (срок беременности 15-19 нед) проводят тройной биохимический скрининг (определение общего ХГЧ, альфа-фетопротеина (АФП), свободного эстриола). Затем проводится плановая консультация акушера-гинеколога, УЗИ с доплерометрией (на сроке 20-22 нед). У каждой пациентки, прошедшей исследование, проводится учет исхода беременности и родов. При попадании в группу риска беременную направляют в перинатальный центр для решения вопроса о целесообразности проведения пренатальной диагностики.

Скрининг III триместра включает комплексный биохимический тест на определение ХГЧ, АФП, свободного эстриола и ингибина А, которые являются маркерами вероятности осложнений беременности. Таким образом, неинвазивные методы пренатального скрининга позволяют эффективно провести стратификацию групп риска развития наиболее значимых хромосомных аномалий плода.

Доклад «TORCH-инфекции у беременных и у новорожденных», подготовленный совместно с заведующим кафедрой детских инфекционных болезней Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктором медицинских наук, профессором Сергеем Александровичем Крамаревым, представила научный сотрудник кафедры, доцент Оксана Валентиновна Выговская. Понятие «TORCH-инфекции» включает токсоплазмоз, краснуху, цитомегаловирусную инфекцию, герпес и некоторые другие инфекции. Инфицирование матери и плода приводит к врожденным порокам развития у детей, занимающим, в свою очередь, 2-е место в структуре младенческой смертности в Украине. Так, врожденная краснуха диагностируется у детей с врожденными пороками сердца в 66,6% случаев, у новорожденных с множественными пороками развития — в 57,14% случаев. Наиболее опасными для будущего ребенка являются возбудители, которые впервые попадают в женский организм во время беременности. Возможны ситуации, когда супрессия материнского иммунитета, запускаемая плацентой для обеспечения выживания плода, снижает порог проникновения в организм матери потенциально опасных для будущего ребенка инфекционных агентов. В связи с этим диагностика TORCH-инфекций является важным элементом обследования беременных. Воздействие инфекции на плод может быть опосредованным (влияние на транспорт питательных веществ и кислорода) и прямым (проникновение через плацентарный барьер и инфицирование плода). Определение специфической реактивности к TORCH-комплексу до беременности позволяет выявить группы риска и принять меры профилактики. Лабораторная диагностика у беременных проводится с помощью иммуногенетических и серологических исследований, направленных на выявление ДНК возбудителя, специфических антител класса IgG, IgM и авидности IgG-антител. Серологические исследования осуществляются с интервалом в 3-4 нед. Плановое обследование беременных должно проводиться в первые недели беременности (оптимально — при ее планировании).



Руководитель направления инновационной диагностики медицинской лаборатории «Синэво Украина», кандидат медицинских наук Ольга Витальевна Донцова рассказала об антифосфолипидном синдроме (АФС) и превентивной диагностике генетически обусловленных тромбофилий. Проблема тромбозов в акушерстве и гинекологии крайне актуальна: на фоне беременности риск венозных тромбозов повышается в 5-6 раз. Вероятность тромбозов резко возрастает при АФС или врожденных тромбофилиях. АФС относится к аутоиммунным заболеваниям и клинически проявляется тромбозами, а также разнообразными осложнениями беременности вплоть до ее самопроизвольного прерывания. Показаниями для диагностики АФС являются: акушерская патология, рецидивирующие тромбозы различной локализации, системные заболевания соединительной ткани, тромбоцитопения, ложноположительная реакция на сифилис с использованием кардиолипинового антигена. Диагноз АФС может быть диагностирован у пациента с I подтвержденным клиническим и I лабораторным критериями согласно Международным критериям (г. Сидней (Австралия), 2006).

Тромбофилия является ключевым звеном в патогенезе осложнений в акушерстве и гинекологии. Показано, что до 70% случаев осложнений могут быть связаны с генетическими факторами. К критериям отбора беременных для диагностики генетически обусловленных тромбофилий относятся следующие: отягощенный семейный анамнез (тромбоэмболии у родственников моложе 40 лет); необъяснимые эпизоды венозных и/или артериальных тромбозов; рецидивирующие тромбозы у пациентки и родственников; тромбоэмболические осложнения при беременности, родах, гормональной контрацепции; срывы беременности; отслойка плаценты, задержка внутриутробного развития плода, мертворождение, раннее начало преэклампсии, HELLP-синдром. Лаборатория «Синэво» предоставляет полный набор тестов для диагностики указанных патологий.

О скрининге, диагностике и профилактике рака шейки матки (РШМ) рассказала главный онкогинеколог МЗ Украины, заведующая научно-исследовательским отделением онкогинекологии Национального института рака (г. Киев), президент Ассоциации онкогинекологов Украины, доктор медицинских наук, профессор Людмила Ивановна Воробьева. РШМ является актуальной проблемой в современной онкологии и занимает второе место среди всех злокачественных новообразований женских половых органов. Особые опасения вызывает тенденция к увеличению заболеваемости РШМ у молодых женщин. Доказано, что основным этиологическим фактором РШМ выступает вирус папилломы человека (ВПЧ) — наличие персистирующей инфекции, особенно высокоонкогенных штаммов вируса, является необходимым условием развития РШМ. Предикторами развития заболевания служат также приобретенный или генетически детерминированный иммунодефицит, нарушение целостности эпителия шейки матки различного генеза, нарушение гормонального статуса, курение, особенности сексуального поведения женщины.

В выступлении Л.И. Воробьевой затронут целый спектр организационных вопросов, так как реальные перспективы повышения эффективности лечения РШМ прежде всего связаны с внедрением профилактических мероприятий и своевременным выявлением предраковых состояний. Успешное достижение этой цели зависит в первую очередь от совершенствования скрининговых программ, основанных как на известных кольпоскопических и морфологических методах диагностики, так и на внедрении новых клинически и экономически эффективных тестов вирусного типирования, и повышения

квалификации врачей. С целью ранней диагностики в большинстве развитых стран внедрены национальные программы цервикального скрининга.

Структура и организация скрининга предусматривает три этапа, первые два из которых проводятся на уровне женской консультации. На I этапе женщин делят на подгруппы по результатам клинико-визуальных осмотров и цитологических методов исследования; на II этапе осуществляются клинико-визуальный и цитологический методы исследования, кольпоскопия, УЗИ, по показаниям – биопсия шейки матки с морфологической верификацией. В случае выявления предрака или РШМ пациенток направляют в онкологический диспансер. III этап скрининга включает формирование групп диспансерного наблюдения и лечения по нозологическому принципу.

Первые два этапа цервикального скрининга включают взятие мазка с шейки матки и проведение цитологического исследования. Наиболее современным вариантом последнего является метод жидкостной цитологии, проведение которой осуществляется в лабораториях «Синэво».

С докладом, посвященным роли маркеров костного ремоделирования в диагностике и оценке эффективности терапии остеопороза, выступила **старший научный сотрудник отдела клинической диabetологии Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины (г. Киев), кандидат медицинских наук Валерия Леонидовна Орленко**. Остеопороз представляет собой распространенное метаболическое заболевание скелета, характеризующееся повышением риска переломов. Особая опасность данного заболевания заключается в бессимптомном течении с последующим развитием грозных осложнений, в частности переломов бедренной кости. Согласно данным статистики, переломы этой локализации приводят к летальному исходу в течение первых 6 мес у 20% пациентов. Повышение заболеваемости остеопорозом приобретает глобальные масштабы в связи с постарением населения. Выделяют также целый ряд биохимических маркеров ремоделирования кости, которые, соответственно, отражают процессы ее разрушения и синтеза. Сегодня определение маркеров ремоделирования кости, а также гормонального фона (уровней эстрогенов, андрогенов, глюкокортикоидов, тироксина, соматотропного гормона, инсулина) является важной составляющей диагностики остеопороза и мониторинга проводимого лечения.

Актуальные вопросы определения овариального резерва у женщин были затронуты в презентации **кандидата медицинских наук Светланы Николаевны Косьяненко (Центр матери и ребенка, г. Винница)**. Определение овариального резерва выполняют:

- женщинам, которые проходят лечение от бесплодия;
- перед использованием метода стимуляции яичников для оценки его перспектив и выбора наиболее эффективной схемы;
- при нарушении менструального цикла;
- с целью установления преклимакса и климакса;
- в случае планирующихся операций на матке и придатках (при низком овариальном резерве удаление даже одного яичника или обширная резекция часто приводят к преждевременной менопаузе).

В лабораторной диагностике овариального резерва традиционно используется определение уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), которое проводится на 2-3-й день менструального цикла. Как известно, уровни ФСГ и эстрадиола находятся в обратной зависимости; уровень ФСГ >25 мМЕ/мл свидетельствует о прекращении функционирования яичников.

Кроме того, успешно входит в рутинную лабораторную практику тест на определение ингибина В и антимюллера гормона (АМГ). Ингибин В определяется на 2-3-й день цикла. Снижение уровня ингибина В <45 пг/мл – признак уменьшения количества фолликулов, что прогнозирует невысокую результативность гормональной стимуляции. Ингибин В отражает овариальный резерв яичников у пациенток в пременопаузе, в период полового созревания, у женщин фертильного возраста, в перименопаузе.

Уменьшение показателей АМГ свидетельствует о снижении овариального резерва. Кроме того, определение данного гормона имеет значение в онкологической практике при диагностике гранулезоклеточных опухолей

яичников, поскольку при этом наблюдается значительное повышение его концентрации. При планировании ЭКО рекомендуется определение АМГ в рамках расширенного EFORT-теста (вместе с ингибином В до и после пробной стимуляции, соответственно, на 3-е и 4-е сутки менструального цикла), при этом уровень ингибина В повышается, а уровень АМГ снижается. Уровень АМГ <0,8 пг/мл ассоциируется с низкой вероятностью



наступления беременности в результате ЭКО.

В настоящее время АМГ считается наиболее точным маркером для оценки овариального резерва и также рассматривается как показатель овариального старения, дисфункции и овариального ответа. Предлагается следующая градация уровней: АМГ <0,3 пг/мл – очень низкий, 0,3-0,6 пг/мл – низкий, 0,7-0,9 пг/мл – нормальный сниженный, 1-3 пг/мл – нормальный, >3 пг/мл – повышенный (>3 пг/мл может указывать на наличие синдрома поликистозных яичников, >11 пг/мл – гранулезоклеточной опухоли яичника).

Таким образом, определение комбинации маркеров (ФСГ, АМГ и ингибина В) на 3-й день менструального цикла является наиболее достоверным тестом оценки овариального резерва – отражением количества функционально активных фолликулов в яичниках женщины.

Лабораторная диагностика в гастроэнтерологии

В рамках секции гастроэнтерологов обсуждались различные аспекты лабораторной диагностики патологии желудочно-кишечного тракта. Ведущей темой оказались заболевания печени. С докладом «Хронические заболевания печени: современные подходы к диагностике и мониторингу» выступил **заведующий кафедрой инфекционных болезней Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Александр Константинович Дуда**. Проблема хронических гепатитов (ХГ) является одной из наиболее актуальных в современной инфектологии и гепатологии. Основными этиологическими факторами в развитии ХГ остаются вирусные и токсические (прежде всего алкогольные) поражения печени. Общественное и социальное значение этой проблемы обусловлено широким распространением и неблагоприятными последствиями указанных патологий – циррозом печени и гепатоцеллюлярной карциномой. За последние 5 лет распространенность ХГ возросла почти на 50%, а заболеваемость циррозами увеличилась на 30%. Сегодня на диспансерном учете в Украине состоят более 280 тыс. больных ХГ различной этиологии и более 40 тыс. пациентов с циррозом печени (частота – 652 и 128 случаев на 100 тыс. населения соответственно).

Алгоритм обследования больного с патологией печени включает сбор анамнеза, объективное исследование, биохимическое исследование (активности АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы (ЩФ), γ -глутамилтранспептидазы

(ГГТП), холинэстеразы (ХЭ), уровня билирубина и его фракций), серологическое исследование (генотипирование и количественное определение вируса), визуализирующие методики (УЗИ, компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ)). Неинвазивная диагностика фиброза печени состоит в определении сывороточных маркеров – молекулярных соединений, которые принимают участие в процессе образования внеклеточного матрикса или являются активаторами

фибриногенеза. Представлено множество сывороточных маркеров фиброза; универсальным, достоверным и доступным является ФиброТест.

В диагностике вирусного гепатита большое значение придается полимеразной цепной реакции (ПЦР), с помощью которой может проводиться качественный, количественный, полуколичественный анализ. Это диагностический прием, позволяющий определять вирусные нуклеиновые кислоты или их фрагменты с высокой степенью разрешения.

ПЦР отличается высокой чувствительностью и специфичностью, ее используют при выявлении всех известных вирусов-возбудителей гепатитов. Качественный анализ указывает на наличие вируса в крови. Качественный метод позволяет установить диагноз хронического вирусного гепатита, обеспечить мониторинг эффективности противовирусной терапии, мониторинг активности вирусной репликации у носителей. Комбинированные методики (в совокупности с другими сывороточными маркерами и/или эластометрией) позволяют диагностировать фиброз.

О проблемах лабораторной диагностики целиакии рассказала **аллерголог-диетолог Института отоларингологии им. А.И. Колумийченко НАМН Украины (г. Киев), председатель Всеукраинского общества целиакии Ольга Александровна Наумова**. Целиакия, или глютеновая энтеропатия, представляет собой хроническое заболевание, возникающее у генетически предрасположенных к этому людей вследствие полной пищевой непереносимости белка глютена. В 60-70% случаев целиакия протекает атипично, поэтому лабораторная диагностика заболевания у лиц, входящих в группу риска, приобретает большое значение. Первичное диагностическое обследование включает следующие этапы: выявление классической целиакии или целенаправленный поиск в группах риска; серологическая диагностика (антитела к дезаминированным пептидам глиадина IgG, IgA, антитела к тканевой трансглутаминазе IgG, IgA, антитела к эндомизию IgA, IgG); гистологическое исследование (эндоскопия с биопсией слизистой оболочки тонкой кишки) с выявлением характерных для целиакии морфологических изменений. На четвертом этапе возможно проведение генетического исследования (HLA-типирование). Консенсус по целиакии (2004) указывает, что ключевым серологическим маркером в диагностике целиакии является тканевая трансглутаминаза. Важный принцип лечения целиакии – это безглютеновая диета (полный отказ от потребления продуктов, которые содержат глютен). Причинами неэффективности безглютеновой диеты могут быть неправильно установленный диагноз, наличие в потребляемых продуктах скрытого глютена, лактазная недостаточность, гельминты.

Проблему диагностики метаболического синдрома затронула в выступлении **ведущий научный сотрудник отдела диabetологии ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины», кандидат медицинских наук Л.К. Соколова**. Метаболический синдром представляет собой комплекс патогенетически взаимосвязанных нарушений: чувствительности тканей к инсулину, углеводного, липидного, пуринового обмена, абдоминального ожирения и артериальной гипертензии. Для установления диагноза метаболического синдрома необходимо наличие у пациента трех и более критериев. В 2003 г. Американской ассоциацией клинических эндокринологов неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) была признана неотъемлемым компонентом метаболического синдрома.

При диагностике метаболического синдрома в целом и НАЖБП в частности учитываются уровни связанного

Продолжение на стр. 58.

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА КОНФЕРЕНЦІЯ

Актуальные вопросы лабораторной диагностики

Продолжение. Начало на стр. 57.



пептида (С-пептида), глюкозы в моче и крови, гликозилированного гемоглобина HbA_{1c} , индекс НОМА, показатели инсулина, фруктозамина (гликозилированного альбумина), лептина (количественного определения), адипонектина, проинсулина (количественное определение), панкреатической эластазы (количественное определение), антител IgG к островковому аппарату поджелудочной железы (количественное определение), антител IgG к глутаминокислой декарбоксилазе (GAD), антител IgA, IgG к инсулиновым рецепторам (качественное определение), антител к инсулину (количественное определение), антител IgG к тирозинфосфатазе. Исследуемыми показателями липидного обмена являются аполипопротеин А1, аполипопротеин В, липопротеин липаза (количественное определение), триглицериды, холестерин.

Одним из значимых элементов патогенетической терапии метаболического синдрома является коррекция массы тела пациента. Так, ее снижение примерно на 10 кг у лиц с избыточным весом или ожирением ассоциируется с уменьшением общей смертности на 20%, летальности в результате осложненной сахарного диабета – на 30% и снижением на 40% риска образования опухолей, развитие которых связано с ожирением.

Директор ГУ «Институт терапии им Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Олег Яковлевич Бабак рассказал о том, что лабораторные показатели широко используются в дифференциальной диагностике заболеваний печени. Лабораторная диагностика позволяет определить форму и тяжесть заболевания, его прогноз, а также осуществлять мониторинг эффективности проводимой терапии. Докладчик подчеркнул, что даже минимальные отклонения функциональных печеночных тестов от нормы не исключают наличия у пациента тяжелой патологии, в том числе цирроза печени. Профессор рассмотрел биохимические синдромы при хронических гепатитах и циррозах печени, основные маркеры лабораторной диагностики, а также особенности трактовки лабораторных данных.

К лабораторным параметрам, позволяющим оценить функцию печени, относят ЩФ, аминотрансферазы сыворотки крови, ГГТП, 5'-нуклеотидазу.

В настоящее время все синдромы поражения гепатобилиарной системы принято делить на 4 группы. Так, синдром цитолитиза характеризуется увеличением в плазме крови концентрации индикаторных ферментов – АСТ, АЛТ, лактатдегидрогеназы и ее изоферментов; специфических печеночных ферментов (фруктозо-1-фосфатальдолазы, сорбитдегидрогеназы), а также ферритина, сывороточного железа, витамина B_{12} и билирубина (как правило, за счет повышения прямой фракции). Синдром холестаза сопровождается повышением уровней в сыворотке крови ЩФ, ГГТП, холестерина, β -липопротеинов, конъюгированного билирубина, желчных кислот, фосфолипидов, снижением экскреции бромсульфалеина. Синдром печеночноклеточной недостаточности проявляется уменьшением содержания в сыворотке крови общего белка и особенно альбуминов, трансферрина, холестерина, II, V, VII факторов свертывания крови, ХЭ, альфа-липопротеинов, а также увеличением показателей билирубина за счет неконъюгированной фракции. Мезенхимально-воспалительный синдром характеризуется гипергаммаглобулинемией, повышением показателей белково-осадочных проб, увеличением СОЭ, появлением в крови продуктов деградации соединительной ткани (С-реактивного белка, серомукоида и др.). Появление билирубинемии свидетельствует о повышении содержания в крови конъюгированного (прямого) билирубина, отсутствие уробилиногена в моче у больных желтухой – о блокаде энтерогепатической циркуляции желчных пигментов, т. е. о полной обструкции общего желчного протока.

Руководитель направления инновационной диагностики медицинской лаборатории «Синэво Украина», кандидат медицинских наук Ольга Витальевна Донцова представила доклад «Исходы фиброза печени. Диагностика гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). Онкомаркеры АФП-L3, DCP для скрининга и клинического менеджмента ГЦК». Повышенный интерес к проблеме ранней диагностики ГЦК является не случайным – данное заболевание занимает 6-е место среди наиболее распространенных видов рака, а выявление опухоли на ранних стадиях существенно влияет на исход. В частности, докладчик рассказала о возможности раннего выявления ГЦК с использованием биохимических маркеров АФП-L3 и DCP. Указанные маркеры предназначены как вспомогательные для оценки риска развития ГЦК у больных с хроническими заболеваниями печени и используются в сочетании с другими лабораторными данными, визуализационными методами и клинической оценкой. Использование АФП-L3 и DCP повышает шансы выявления ГЦК на ранней стадии. Пациенты с повышенным уровнем АФП-L3 ($\geq 10\%$) имеют высокий риск развития ГЦК в течение ближайших 21 мес и должны быть охвачены интенсивным мониторингом в соответствии с действующими практическими рекомендациями в онкологии.

Руководитель направления по иммунологии медицинской лаборатории «Синэво Украина» Олег Константинович Яковенко в презентации «Аутоиммунные заболевания печени и перекрестный синдром» рассмотрел особенности таких заболеваний, как аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный цирроз (ПБЦ), первичный склерозирующий холангит (ПСХ), а также особенности перекрестного синдрома. АИГ характеризуется наличием хронического воспалительного процесса в печени; в соответствии с современными подходами при постановке диагноза АИГ необходимо исключить ряд других хронических патологий. ПБЦ представляет собой аутоиммунное заболевание печени, напоминающее реакцию «трансплантат против хозяина». При этом хроническом прогрессирующем заболевании поражаются внутрипеченочные и септальные желчные протоки с последующим нарушением оттока и формированием терминальной стадии цирроза печени. Средняя продолжительность жизни у больных, не получающих лечение, составляет 12 лет. ПСХ – хроническое прогрессирующее заболевание, при котором отмечается склерозирующее воспаление внутри- и внепеченочных желчных протоков, чаще всего манифестирующее в возрасте 25-50 лет, а также встречающееся у детей. Ассоциируется с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника аутоиммунного генеза – болезнью Крона и язвенным колитом.

Алгоритм обследования пациента при подозрении на аутоиммунное заболевание предполагает ряд этапов. I этап – проведение лабораторной диагностики (печеночных проб, оценки белковых фракций, серологических реакций и ПЦР с целью выявления вирусных гепатитов, определение аутоиммунных маркеров, иммунологических исследований, использование методов ФиброТест, ФиброМакс). II этап – неинвазивная диагностика: УЗИ, доплеронография, КТ, магнитно-резонансная холангиография. III этап – инвазивная диагностика (игловая пункционная биопсия печени под контролем УЗИ, минилапароскопия с биопсией печени, эндоскопическая ретроградная холангиография, фиброколоноскопия). В завершение доклада О.К. Яковенко рассказал о широкой панели тестов, которые проводит лаборатория «Синэво». Панель тестов составлена таким образом, чтобы охватить все лабораторные исследования, необходимые для диагностики заболеваний печени различного – аутоиммунного, вирусного и др. – генеза.

В рамках конференции также состоялась презентация нового справочника по лабораторной диагностике, изданного при поддержке компании «Синэво». Он включает в себя разнонаправленную информацию о лабораторных исследованиях, которые являются полезными и важным инструментом в повседневной работе врача практической медицины. Материалы справочника представляют интерес для специалистов, занимающихся лабораторными исследованиями, позволяя расширить знания в профессиональной сфере.

Надеемся, что этот полезный подарок, который получили все участники форума, поспособствует оптимизации профессиональной деятельности в дальнейшем.

Подготовила **Катерина Котенко**
Фото автора

НОВИНИ МОЗ



Звернення до учасників Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів «Безпека пацієнтів – безпека лікарів – безпека держави»

Одним із ключових загальнонаціональних прав людини в усьому світі є право на охорону здоров'я та медичну допомогу. У нашій державі це право закріплено в Конституції, а гарантування його громадянам України є найважливішим пріоритетом діяльності Президента та Уряду України.

Членство України в Раді Європи та подальші євроінтеграційні спрямування нашої держави накладають на нас відповідальність щодо повної гармонізації українського законодавства з європейськими стандартами забезпечення прав людини і, в першу чергу, безпеки пацієнтів, якості та доступності медичної допомоги як найважливіших характеристик системи охорони здоров'я. У 2011 році уряд України підписав План дій Ради Європи для України «Партнерство заради реформ», підтвердивши свої зобов'язання розробити та впровадити до 2014 року Національний план дій з безпеки пацієнтів.

Сподіваюсь, Перший національний конгрес з безпеки пацієнтів зробить чималий внесок у створення цього документа й поставить у центр уваги медичної спільноти та всього українського суспільства надзвичайно важливі питання. Серед них – підтримання фундаментальних прав людини та людських цінностей в системі охорони здоров'я, рівність доступу до ефективного лікування та мінімізація збитків здоров'ю людини, встановлення цивілізованих відносин «пацієнт-лікар», заснованих на довірі, підтримці та взаємоповазі, і багато інших.

Переконана, що обговорення проблем, обмін досвідом, підготовка конструктивних пропозицій у резолюції Конгресу стануть важливою віхою на шляху розв'язання проблем у вітчизняній медицині та у формуванні важливих елементів громадянського суспільства.

Міністерство охорони здоров'я України вітає перші кроки із створення редакції Зеленої книги Національного плану дій з безпеки пацієнтів, яка має слугувати наріжним каменем для напрацювання принципів майбутньої стратегії держави у сфері забезпечення прав і безпеки пацієнтів як ключового елемента сталого розвитку. Бажаю пацієнтам, медикам, урядовцям знайти у цій книзі відповіді на питання щодо безпеки пацієнтів.

Ваші пропозиції до експертної групи Міністерства охорони здоров'я, Ради Європи та Всеукраїнської Ради захисту прав та безпеки пацієнтів допоможуть у розробці відповідних проектів та програм розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я.

Я вірю в діалог та співпрацю лікарів та пацієнтів. Впевнена у взаємній зацікавленості в такому діалозі і переконана: саме через діалог ми досягнемо кращих можливостей у зціленні всіх, кого спіткала хвороба. Адже лише у співпраці та міцному зв'язку між медиками та пацієнтами можливо здолати недугу та досягти здоров'я, яке, за словами видатного лікаря та філантропа XIX століття Федора Гааза, необхідне для всього великого та прекрасного на світі.

Хочу запевнити, що уряд України та Міністерство охорони здоров'я, зокрема, докладе усіх зусиль для безпеки пацієнтів та реалізації пацієнтоцентричної концепції охорони здоров'я, підвищення якості медичної допомоги з урахуванням обґрунтованих ризиків та технологій її надання. Бажаю вам плідної роботи та задоволення від неї!

Раїса Богатирьова
віце-прем'єр-міністр,
міністр охорони здоров'я України

За інформацією прес-служби МОЗ України