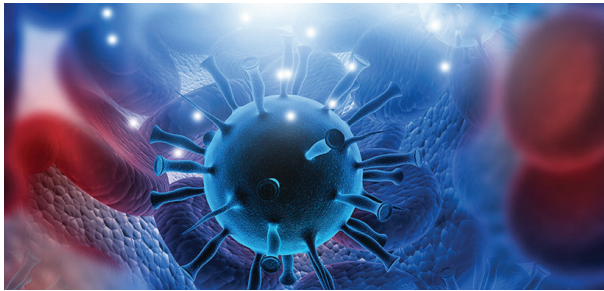


ИННОВАЦИЯ Инфектология

Диагностическое направление: Инфекционное поражение организма

Клиническая задача: Диагностика вирусного гепатита В



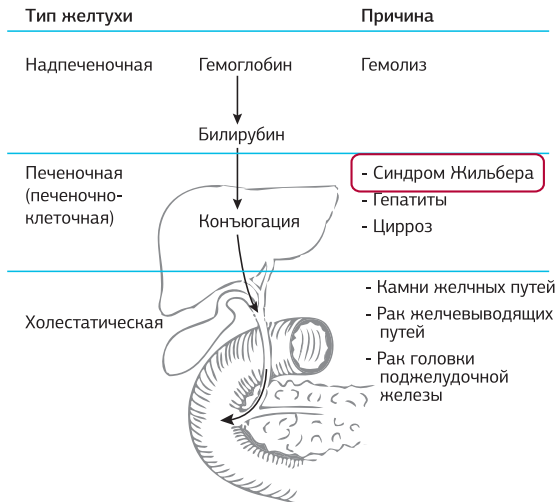
МЛ ДІЛА в апреле 2016 г. внедрила новое исследование - Синдром Жильбера, ген UGT1A1.

Хронический вирусный гепатит В чаще имеет малосимптомное сглаженное течение. Наиболее важный диагностический и прогностический критерий - некроз паренхимы печени, который сопровождается паренхиматозной желтухой.

Дифференциальная диагностика печеночной желтухи — один из трудных моментов врачебной практики, так как причиной желтухи может быть как инфицирование ВГВ, так и неинфекционное заболевание.

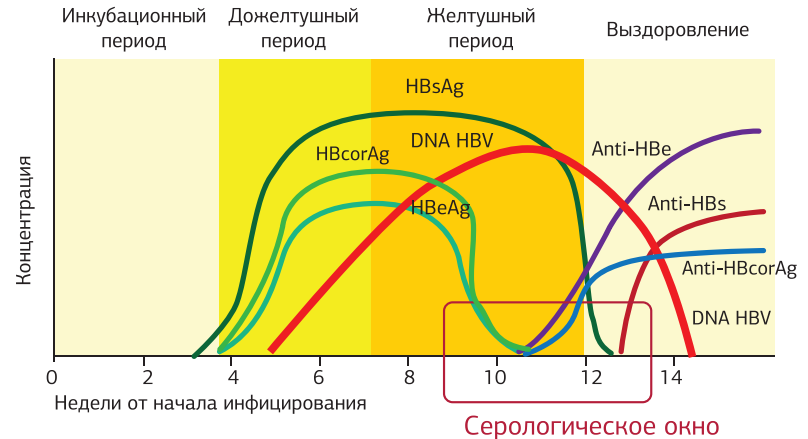
По данным ВОЗ в мире частота возникновения синдрома Жильбера составляет 10%. В 20% случаев при синдроме Жильбера обнаруживается увеличение печени. В 30% случаев у пациентов с синдромом Жильбера обнаруживается холецистит. У пациентов с синдромом Жильбера повышен риск возникновения камней в желчном пузыре. У ряда больных имеется дисфункция желчного пузыря и сфинктера Одди; в 12,5% случаев выявляется хронический гепатит алкогольной или вирусной природы.

Особую сложность в дифдиагностике желтух представляют больные в период серологического "окна" т.к. в этом случае течение заболевания принимает волнообразный характер. Интенсивность желтухи различная: от иктеричности склер до резко выраженной желтушности кожи и слизистых оболочек. Эпизоды желтухи у пациентов возникают внезапно и самостоятельно разрешаются.



Согласно рекомендаций EASL, Recommendations on Treatment of Hepatitis B, 2012 - определение антител к HBV является диагностическим исследованием первой линии при HBV инфекции (AI). Диагностика проводится с использованием скрининговых исследований.

- HBsAg вируса гепатита В
- Антитела общие к HBsAg вируса гепатита В
- HBeAg вируса гепатита В
- Антитела общие к HBeAg вируса гепатита В
- Антитела общие к HBcorAg вируса гепатита В
- Антитела к HBcorAg вируса гепатита В IgM



В случае когда на фоне желтухи серологические маркеры ВГВ отрицательны, настоятельно рекомендуется использование количественных методов определения уровня ДНК HBV на основе полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени, что обусловлено их высокой чувствительностью, специфичностью, точностью и широким динамическим диапазоном позволяющим подтвердить инфицирование ВГВ в период серологического "окна" (период от инфицирования до появления антител, достаточных для выявления).

На сегодня медицинской лабораторией ДІЛА предложена максимальная чувствительность данного исследования в Украине – **5 МЕ/мл** - выявление ДНК вируса гепатита В методом REAL TIME ПЛР - кровь (количественное определение)

Специфичность: В образцах, не содержащих ДНК ВГВ, результат анализа гарантированно (в 100%) должен быть отрицательным.

Чувствительность (предел обнаружения): Выявляет ДНК ВГВ в концентрации не менее **5 МЕ/мл** при выделении ДНК из 1 мл пробы

Заявлена чутливість дослідження (5 МЕ/мл) регламентується мировими протоколами по діагностиці і контролю лікування ВГВ.

На фоні отрицательних серологічних і молекулярних маркерів ВГВ і зберігається жовтуха, в теперішнє час легко підозрити генетичне захворювання, яке проявляється епізодами жовтухи, обумовленими підвищенням вмісту непрямих (некон'югованих) білірубінів в сироватці крові - **Синдром Жильбера**.

Для того щоб поставити діагноз синдрому Жильбера, важливо провести молекулярну діагностику - ДНК уридиндифосфат – глюкуронилтрансферази.

Дослідження призначено для лікарів інфекціоністів, гастроентерологів, гепатологів і призначається для:

- диференціальної діагностики жовтухи і постановки діагнозу - Синдром Жильбера
- прогностичного тесту при плануванні терапії препаратами, володять гепатотоксичним дією
- оцінки ризику ускладнень при терапії іринотеканом

Вчасно поставлений діагноз дозволить визначитися з тактикою лікування, запобігти або затримати процес переходу в хронічну форму, розвитку небезпечних ускладнень і знизити летальність пацієнтів

Регламентуючі документи:

1. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B // J. Hepatol. – 57 (2012): 167-185.
2. Наказ затверджений розпорядженням голови Київської обласної державної адміністрації від 01.07.2014 №39 – локальний протокол по противірусній терапії хронічних вірусних гепатитів С, В, D у закладах охорони здоров'я Київської області. Додаток до наказу Міністерства охорони здоров'я України 02.04.2014 № 233
3. Horsfall LJ, Zeitlyn D, Tarekegn A, et al. Prevalence of clinically relevant UGT1A alleles and haplotypes in African populations. Ann Human Genetics 2010; 75:236-46.
4. Demirbas T, Piskin T, Dayangac M, Yaprak O, Akyildiz M, Tokat Y, Yuzer Y. Right-lobe liver trans - plant from donors with Gilbert syndrome. Exp Clin Transplant 2012; 10(1):39-42.
5. De Vries HS, Te Morsche RH, Jenniskens K, Peters WH, de Jong DJ. A functional polymorphism in UGT1A1 related to hyperbilirubinemia is associated with a decreased risk for Crohn's disease. Crohns Colitis 2012; 6 (5):597-602.