

Вибір терапії з урахуванням типу вірусу, стадії його розвитку та генотипу, ретельний відбір хворих та використання комбінації препаратів наблизили лікаря до можливості добиватися стійкої ремісії захворювання.

Т. М. Алещенко

Лабораторна діагностика хронічних вірусних гепатитів

Обласна клінічна інфекційна лікарня, м. Суми

Клінічні прояви хронічного вірусного гепатиту (ХВГ) в типових випадках слабо виражені, малоспецифічні і внаслідок цього нерідко залишаються непоміченими клініцистами.

Хронічний гепатит В діагностують при виявленні в сироватці крові імуноферментним методом HBsAg. При спеціальних дослідженнях практично в усіх хворих гепатитом В в крові виявляють HBVDNA та HBeAg, а в печінці HBcAg.

Хронічний гепатит С діагностується на основі виявлення в сироватці крові антитіл до HCV за допомогою імуноферментного аналізу і/або методом імуноблотинга.

Показником реплікації HCV-інфекції є виявлення в сироватці крові HCVRNA методом полімеразної ланцюгової реакції або розгалуженої ланцюгової реакції комплементарної ДНК.

Хронічний гепатит Д (дельта-гепатит) діагностують шляхом виявлення антитіл до HDV спільно з HBsAg (вірус HDV – дефектний). Сполучення HDV і HBV інфекції в якості етіологічних чинників часто спостерігається в хворих з високоактивними варіантами ХГ і прогресуючими цирозами.

Первинний біліарний цироз печінки (ПБЦ).

Виявлення в крові антимітохондріальних антитіл (АМА). Характерно тільки для ПБЦ. Вони служать достатньо чутливим маркером і виявляються більше, ніж у 85% хворих з клінічною картиною ПБЦ.

Синдром цитоліза характеризується підвищенням в плазмі крові концентрації індикаторних ферментів – АсАТ, АлАТ, ЛДГ та її ізоферментів ЛДГ₁₁ і ЛДГ₅, а також феритина, сироваткового заліза, вітаміна В₁₂ і білірубіна, головним чином за рахунок підвищення прямої фракції.

В оцінці ступеню активності цитоліза основне значення надається вмісту АлАТ і АсАТ. Підвищення активності цих ферментів в сироватці менше, ніж в 5 разів в порівнянні з верхньою межею норми розглядається як помірна, від 5 до 10 разів – як середнього ступеню і понад 10 разів – як високого ступеню активності.

Синдром холестаза (порушення екскреторної функції печінки) супроводжується підвищенням рівня в сироватці крові ЛФ, ЛАП, ГГТФ, холестерина, β -ліпопротеїдів, кон'югованої фракції білірубіну, жовчних кислот, фосфоліпідів, знижується екскреція бромсульфаміна (вофавердина).

Синдром печінково-клітинної недостатності виявляється зменшенням вмісту в сироватці крові загального білка і особливо альбумінів, трансферина, холестерина, II, V, VII факторів згортання крові, холінестерази, α -ліпопротеїнів, але в той же час збільшенням білірубіна за рахунок некон'югованої фракції.

Мезенхімально-запальний синдром характеризується гіпергамаглобулінемією, підвищенням показників білково-осадкових проб, збільшенням ШОЕ, виникненням в крові продуктів деградації поєднувальної тканини (С-реактивний білок, серомукоїд та ін.).

Лабораторна диференціальна діагностика жовтяниць.

При надпечінкових жовтяницях лабораторні дані характеризуються збільшенням у крові некон'югованого білірубіна, нормальним рівнем сироваткової ЛФ, АлАТ, АсАТ і ГГТФ, відсутністю білірубінурії, уробілінурією (не завжди), підвищенням у калі стеркобіліну, ретикулоцитозом, нерідко анемією. Некон'югована гіпербілірубінемія розвивається в результаті порушення захвату білірубіна печінковими клітинами, при посиленому руйнуванні еритроцитів, зниженні кон'югації

білірубін у гепатоцитах (ферментна жовтяниця).

Ці жовтяниці можуть бути спадковими (синдром Жильбера і Криглера-Найяра) та набутими (лікарські паренхіматозні ураження печінки, сепсис). Лабораторні дані характеризуються збільшенням у крові некон'югованого білірубіну, відсутністю білірубіну в сечі, уробілінуриєю; нормальним вмістом у крові АЛАТ, АсАТ, ЛФ і ГГТФ, холестерину, відсутністю в крові ретикулоцитоза, анемії, змін еритроцитів; вміст стеркобіліну в калі знижений або нормальний.

Печінково-клітинна жовтяниця з кон'югованою гіпербілірубінемією. Лабораторні дані при цьому виді жовтяниць характеризуються збільшенням рівня загального білірубіну у крові з переважанням кон'югованої фракції, рівень АЛАТ, АсАТ часто перевищує норму в 5 і більше разів, активність ЛФ звичайно не перевищує норму більше ніж в 2 рази, відмічається гіпо- і нормохолістеринемія, білірубінурія, уробілінурія зі зниженням вмісту стеркобіліну в калі.

Для підпечінкових жовтяниць характерні наступні лабораторні дані: кон'югована гіпербілірубінемія, білірубінурія, уробілін в сечі відсутній, стеркобілін в калі відсутній або кількість його знижена, збільшений вміст в сироватці крові холестерину, збільшена активність ЛФ (більше норми в 3 і більше разів), ГГТФ, трансаміназ.

При виявленні клініко-лабораторних ознак жовтяниці необхідно вирішити наступні діагностичні задачі:

1. Визначити тип гіпербілірубінемії (кон'югована або некон'югована жовтяниця).
2. Визначити наявність і переважання лабораторних синдромів ураження печінки.
3. Визначити етіологію захворювання.