

Шановний колего !

Інформаційний лист є основним засобом наукової комунікації інноваційних процесів у галузі. Він зручний для використання, позбавлений інформаційного шуму, містить тільки ту інформацію, що має прикладний зміст. "Укрмедпатентінформ" рекомендує ширше використовувати цей засіб комунікації, видання його не вимагає значних коштів.

До відома головних (штатних та позаштатних) спеціалістів
Управлінь охорони здоров'я обласних (міських) держадміністрацій
відповідальних за реалізацію інноваційних процесів
в обласному (міському) регіоні !

Інформаційні листи, що видаються та розповсюджуються
Центром "Укрмедпатентінформ" МОЗ України дозволяється
копіювати в необхідній кількості з метою забезпечення потреб
профільних спеціалістів ТМО (РМО) .

"Укрмедпатентінформ"

МОЗ УКРАЇНИ

УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ
(УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

м. Київ

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

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 368 - 2014

Випуск 5 з проблеми
«Інфекційні та паразитарні хвороби»
Підстава: Рішення ПК
«Інфекційні та паразитарні хвороби»
Протокол № 54 від 25.06. 2014р

ГОЛОВНИМ ПОЗАШТАТНИМ СРЕЦІЛИСТАМ
З ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ,
ГАСТРОЕНТОРОЛОГІЇ, ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-
СІМЕЙНА МЕДИЦИНА
КЕРІВНИКАМ СТРУКТУРНИХ ПІДРОЗДІЛІВ
З ПИТАНЬ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОБЛАСНИХ,
КИЇВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ДЕРЖАВНОЇ
АДМІНІСТРАЦІЇ

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ФОРМИ ГЕПАТИТУ С

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

проф. МОСКАЛЮК В.Д.,
доц. РАНДЮК Ю.О.,
проф. СОКОЛ А.М.,
доц. СОРОХАН В.Д.,
доц. ЗАКРУТЬКО Л.І.

м. Київ

Суть впровадження: удосконалення диференційної діагностики клінічних форм гепатиту С.

Пропонується для впровадження в практику роботи лікарів-інфекціоністів, гастроентерологів, лікарів загальної практики-сімейної медицини методика визначення клінічної форми гепатиту С.

Гепатит С є найбільш поширеною на Земній кулі хворобою печінки. Згідно прогнозів ВООЗ уже в недалекому майбутньому смертність від HCV-інфекції та її наслідків збільшиться в 3 рази і значно перевищить цей показник при ВІЛ-інфекції, а хронічний гепатит С стане головною проблемою національних органів охорони здоров'я. Незважаючи на те, що за останні роки досягнуто значного прогресу у вивченні гепатиту С, питання верифікації клінічних форм цієї патології, залишаються не повністю вирішеними. Наразі найбільш інформативними критеріями розмежування гострого та хронічного перебігу HCV-інфекції чи формування постінфекційного імунітету є результати біохімічних, серологічних та молекулярно-біологічних досліджень. Однак результати цих досліджень не завжди підлягають однозначній інтерпретації на користь тієї чи іншої клінічної форми гепатиту С.

Відповідно до запропонованої нами методики клінічна форма гепатиту С у конкретного хворого встановлюється за наявними у нього діагностичними критеріями (ознаками), перерахованими у робочій карті (табл.), шляхом визначення загального діагностичного коефіцієнта ($K_{дз}$). Для цього, застосовуючи послідовний статистичний аналіз Вальда, здійснено відбір та оцінювання найбільш значущих діагностичних ознак кожної клінічної форми гепатиту С.

Загальний діагностичний коефіцієнт вираховується з використанням теореми Баєса і являє собою співвідношення між сумою коефіцієнтів наявних у хворого діагностичних

ознак і максимально можливою їх сумою, виражене у відсотках ($K_{дз} = \sum K_{дi} / 35 \times 100 \%$).

Відповідно до запропонованої методики, значення $K_{дз} \geq 82 \%$ вказує на гостру фазу гепатиту С, $\leq 32 \%$ – формування постінфекційного імунітету. Знаходження показників $K_{дз}$ у межах 40-75 % є свідченням хронічного процесу. Разом з цим не підлягають однозначному трактуванню на користь тієї чи іншої клінічної форми гепатиту С показники $K_{дз}$, які знаходяться в діапазоні 33-39 % та 76-81 % (сіра зона). Згідно результатів досліджень встановлено, що знаходження показників $K_{дз}$ у діапазоні 33-39 % частіше (80 %) є свідченням хронічного процесу, рідше (20 %) – постінфекційного імунітету. Знаходження показників $K_{дз}$ у діапазоні 76-81 % частіше (90 %) вказує на хронічний, рідше (10 %) – на гострий гепатит С. Для встановлення клінічної форми гепатиту С, пацієнти, у яких показники $K_{дз}$ знаходяться у сірій зоні, потребують більш тривалого спостереження та поглибленого лабораторного обстеження.

Запропонована методика підвищує ефективність діагностики клінічних форм гепатиту С, дозволяє зменшити затрати часу на верифікацію діагнозу (визначення клінічної форми гепатиту С) та знизити частоту діагностичних помилок, і відповідно, дає змогу своєчасно визначити лікарську тактику щодо ведення хворого та необхідності призначення етіотропної терапії.

Інформаційний лист складено за матеріалами галузевого ДІФ України.

За додатковою інформацією з проблеми звертатися до авторів листа: Буковинський державний медичний університет, кафедра інфекційних хвороб та епідеміології (0372) 53-89-96.

Таблиця

РОБОЧА КАРТА ВИЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ФОРМИ ГЕПАТИТУ С

Діагностичні критерії	Порядк. номер ознаки	Діагностичні ознаки	Діагностич. коефіцієнт
1. Активність АлАт	1	У межах фізіологічної норми	1
	2	Підвищена менше ніж у 3 рази	3
	3	Підвищена у 4-9 разів	5
	4	Підвищена у 10 і більше разів	7
2. Ig M anti-cog HCV (за дослідження в динаміці з інтервалом у 2-4 тижні)	5	Не виявляються	1
	6	Виявляються, коефіцієнт позитивності менше 10, не суттєво змінюється	3
	7	Виявляються, коефіцієнт позитивності менше 10, зростає	5
	8	Виявляються, коефіцієнт позитивності більше 10	7
3. Коефіцієнт співвідношення Ig G/ Ig M (anti-cog HCV)	9	Не визначається (Ig M не виявляються)	1
	10	Більше 1	3
	11	Менше 1	5
	12	Не визначається (Ig G не виявляються)	7
4. Ig G anti-NS ₄ HCV	13	Виявляються, коефіцієнт позитивності більше 10	1
	14	Виявляються, коефіцієнт позитивності від 5 до 10	3
	15	Виявляються, коефіцієнт позитивності менше 5	5
	16	Не виявляються	7
5. RNA HCV	17	Не виявляється	1
	18	Періодично виявляється у низькій концентрації (до 100 тис копій/мл)	3
	19	Виявляється у помірній концентрації (від 100 тис до 1 млн копій/мл)	5
	20	Виявляється у високій концентрації (більше 1 млн копій/мл)	7

Відповідальний за випуск: Горбань А.Є.

Підписано до друку 04.12.2014. Друк. арк. 0,13. Обл.-вид. арк. 0,08. Тир. 100 прим.

Замовлення № 368 Фотоофсетна лаб. Укрмедпатентінформ МОЗ України, 04655, Київ, проспект Московський, 19 (4 поверх).