

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

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 65 - 2018

Випуск 1 з проблеми
«Гастроентерологія»
Підстава: рішення ЕПК «Гастроентерологія»
Протокол № 1 від 21.02.2018 р.

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ.

СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ФОРМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

ДУ «ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ
НАМН УКРАЇНИ»

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

д. мед. н., проф. СТЕПАНОВ Ю.М.
к. мед. н. СКІРДА І.Ю.,
ЧАЛІЙ М.В.

Суть впровадження: призначено для диференційної діагностики форм портальної гіпертензії (ПГ).

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) гастроентерологічного профілю.

Аналіз даних літератури та власний досвід свідчать, що ПГ може деякий час протікати «приховано», без суттєвих клінічних проявів та змін загального стану хворого й звертати на себе увагу лише при розвитку таких ускладнень, як спленомегалія, асцит, кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу або шлунка, печінкова енцефалопатія.

Найкращим способом оцінити наявність ПГ є вимірювання градієнту печінкового венозного тиску, проте рутинне використання цього методу в клінічній практиці, як правило, обмежується спеціалізованими центрами і не може бути застосовано в процесі динамічного спостереження за хворим.

На сьогодні доведені переваги неінвазивної діагностики різних форм ПГ за допомогою сучасних ультразвукових технологій, заснованих на застосуванні ефекту Допплера. Однак, на показники кровотоку в судинах черевної порожнини впливають багато чинників: дихання, прийняття їжі, положення хворого, вік, стать, антропометричні дані, лікарські препарати. В той же час вибір тактики лікування та ефективність проведеної терапії безпосередньо залежать від визначення причин розвитку ПГ. Тому проблема диференційної діагностики різних форм ПГ є вкрай актуальною, оскільки розробка клініко-інструментальних діагностичних критеріїв є важливим підґрунтям для визначення перебігу захворювання та вибору лікувальної тактики.

Інформаційний лист є фрагментом НДР «Вивчити особливості формування і прогресування стеатозу та фіброзу у пацієнтів з хронічними дифузними захворюваннями печінки (ХДЗП) в залежності від етіологічних факторів», № державної реєстрації 0115U007179, термін виконання 2016 - 2018 рр.

Авторами було проведено дослідження, метою якого було визначення найбільш інформативних диференційних критеріїв форм ПГ.

У дослідження було включено 165 хворих з цирозом печінки віком (53,5±1,2) роки, серед яких було 79 жінок (47,9%), 86 чоловіків (52,1%) (I група). II групу склали 40 хворих з позапечінковою ПГ (тромбоз ворітної вени, хвороба Бадда-Кіарі, кардіосклероз, стан після хірургічних втручань

на органах черевної порожнини) віком ($33,8 \pm 2,1$) роки. В цій групі чоловіки склали 62,5% ($n=25$), відповідно жінки – 37,5% ($n=15$).

Усім пацієнтам проведено загальноклінічні та лабораторні обстеження. Для діагностики ПГ проводили комплексне ультрасонографічне дослідження органів черевної порожнини та езофагогастроуденоскопію.

Статистична обробка даних проводилася з використанням програми SPSS 16.0. Порівняння показників в групах проводили за допомогою критерію χ^2 , відмінності показників вважали значущими при $p < 0,05$. Для оцінки діагностичної ефективності показників використовували ROC-аналіз з визначенням площі AUC та розрахунком чутливості, специфічності, позитивної (PPV) і негативної прогностичної цінності (NPV) діагностичних маркерів з подальшим визначенням їх оптимальних порогових значень.

У результаті комплексного дослідження клініко-лабораторних та інструментальних показників було відібрано діагностичні ознаки печінкової ПГ: збільшення печінки при пальпації ($\chi^2=80,0$; $p < 0,001$), наявність диспепсичного синдрому без ендоскопічних змін слизової оболонки шлунка ($\chi^2=31,8$; $p < 0,001$), гіпокоагуляція ($\chi^2=49,1$; $p < 0,001$), поєднання цитолітичного, холестатичного та мезенхімально-запального синдромів ($\chi^2=87,5$; $p < 0,001$), виявлення такої УЗ ознаки як реканалізація пупкової вени ($\chi^2=9,6$; $p=0,002$).

При аналізі показників доплерографії найбільшу різницю залежно від форми ПГ було виявлено за показником печінково-селезінкового артеріального індексу, який в групі з печінковою ПГ склав у середньому ($73,9 \pm 0,97$)%, з позапечінковою її формою – ($38,7 \pm 1,82$)% ($p < 0,01$).

Проведення ROC-аналізу дозволило встановити високу якість діагностичної моделі для диференційної діагностики форм ПГ, так як $AUC=0,937$, $p < 0,001$). Порогове значення печінково-селезінкового артеріального індексу, за яким у пацієнта можна діагностувати печінкову ПГ, склало більше 51%. Чутливість, специфічність, PPV і NPV склали 93,3%, 82,9%, 96,2% і 72,5%, відповідно.

Для пацієнтів II групи характерними були гіперспленізм без наявності асцити та кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу ($\chi^2=30,0$; $p < 0,001$), гіперкоагуляція ($\chi^2=83,2$; $p < 0,001$) та наявність спленофугального кровотоку ($\chi^2=54,2$; $p < 0,001$).

При оцінці вікового розподілу пацієнтів I та II груп було встановлено, що більшість хворих з позапечінковою ПГ була у віці від 18 до 40 років (92,5%). Це спонукало нас до проведення ROC-аналізу щодо віку пацієнтів

та побудови відповідного графіку, що дозволило встановити високу якість діагностичної моделі для диференційної діагностики форм ПГ, так як $AUC=0,933$ (95% ДІ 0,864–0,973; $p<0,001$). Порогове значення віку, за яким у пацієнта можна діагностувати позапечінкову ПГ, склало менше 37 років. Чутливість, специфічність, PPV і NPV склали 73,3 %, 92,9 %, 64,7 % і 95,2 %, відповідно.

Отже, шанс щодо діагностики печінкової ПГ при встановленні у хворого печінково-селезінкового артеріального індексу більше 51% складає 98,0 (95%ДІ 32,0; 300,1), при збільшеній при пальпації печінці – 81,5 (95%ДІ 17,7;374,9), поєднанні цитолітичного, холестатичного та мезенхімально-запального синдромів – 66,3, (95%ДІ 23,5;186,8), гіпокоагуляції – 18,7 (95%ДІ 6,9;50,6), диспепсичного синдрому без ендоскопічних змін слизової оболонки шлунку – 9,5 (95%ДІ 3,9;22,7) та реканалізації пупкової вени – 4,0 (95%ДІ 1,6;10,0).

Прогностична ймовірність діагностики позапечінкової ПГ склала при віці пацієнта менше 37 років – 32,4 (95%ДІ 13,1;79,7), наявності гіперспленізму без асцити та кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу – 7,9 (95%ДІ 3,5;17,9), гіперкоагуляції – 34,2 (95%ДІ 13,4;87,5), визначенні спленофугального кровотоку – 15,5 (95%ДІ 6,9;35,9).

Таким чином, впровадження діагностичних критеріїв форм портальної гіпертензії в практичну охорону здоров'я в 100% випадків сприяє вибору диференційної тактики лікування цієї патології.

За додатковою інформацією з проблеми звертатися до автора листа: Скирда І.Ю., (066) 464-69-57, ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», проспект Слобожанський, 96, м. Дніпро, 49074.