

ВЫВОДЫ

Наблюдение и лечение пациентов с терминальными стадиями заболевания печени необходимо проводить в специализированных учреждениях с привлечением мультидисциплинарной группы и применением современных методов диагностики и лечения.

В специализированных учреждениях необходимо выявлять этиологию заболевания, устранять осложнения, а также выявлять противопоказания к радикальному методу лечения. При отсутствии возможности радикального лечения пациентов с циррозом печени и его осложнений необходимо направлять в трансплантологические центры для радикального лечения.

Как уже всем известно, единственным и радикальным

лечением данной категории пациентов является трансплантация печени, которую, к сожалению, не всегда возможно выполнить своевременно. Поэтому оптимизация методов диагностики и правильно подобранная тактика лечения осложнений цирроза печени, направленные на профилактику прогрессирования заболевания и устранение возникших осложнений, позволит пациентам благополучно дождаться трансплантации органа.

Контакты: Токсанбаев Данияр Сапарович, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии №1 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, ул. Төле би, 88, индекс 050000. E-mail: dr_tox@mail.ru

Contacts: Daniyar S Toxanbaev, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Surgery Department No. 1 of the Asfendiyarov KazNMU, Almaty c., Tole bi str., 88, index 050000. E-mail: dr_tox@mail.ru

УДК 616.36-002.14:616.248-07

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ АФП ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРВИЧНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ

К.С. БРИГИДА

Научно-исследовательский институт Вирусологии, г. Ташкент, Узбекистан

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) - это актуальная проблема современной онкогепатологии. Для установления диагноза первичного рака печени по практическим рекомендациям Всемирной гастроэнтерологической организации достаточными являются следующие находки: классическая картина при одном из визуальных методов исследования, например, большое и/или мультифокальное образование в печени, а также повышенный уровень АФП (альфа-фетопротеина), на фоне хронического заболевания печени на стадии цирроза.

Цель исследования - определить диагностическую ценность АФП у пациентов с ГЦК на фоне хронических заболеваний печени.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Сыворотка пациентов с ГЦК на фоне хронических заболеваний печени и данные УЗИ/КТ/МРТ исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В апреле-мае 2018 года на базе НИИ Вирусологии республики Узбекистан было отобрано 23 пациента с подозрением на ГЦК. Критериями отбора были повышенный уровень АФП и/или обнаружение опухоли на УЗИ/КТ/МРТ. Из 23 обследованных нами пациентов у 3 был диагностирован хронический гепатит: HCV этиологии - 1 пациент, HBV+HDV-1 1 пациент, и у 1 пациента выявлен хронический гепатит неясной этиологии. У 20 пациентов диагностировался цирроз печени, у 10 обследованных больных - цирроз печени HCV-этиологии, у 4 пациентов - HBV этиологии, у 1 пациента HCV+HBV-этиологии, у 4 HBV+HDV этиологии и у 1- цирроз печени алкогольной этиологии. У всех обследованных больных было проведено определение уровня АФП в сыворотке крови методом ИФА. Уровень АФП находился в пределах от 3,4 до 425, при норме 8,5 нг/мл. Из них у 10 пациентов уровень

АФП колебался в пределах 13,0-250,0, то есть был выше границы нормы, но при этом методы визуализации наличие опухоли не подтвердили. У данной группы пациентов распределение по нозологическим единицам было следующим: хронический гепатит HCV-этиологии - 1, HBV+HDV этиологии - 1, неясной этиологии - 1, цирроз печени HCV-этиологии - 2, цирроз печени HBV этиологии - 1, цирроз печени HBV+HDV-4. У 13 пациентов уровень АФП колебался в пределах от 3,4 до 425, но у данной категории больных диагноз был подтвержден методами визуализации. При этом у 4 из них уровень АФП был в норме, хотя наличие образования подтверждалось на УЗИ и/или КТ/МРТ. У одного пациента диагноз был подтвержден гистологически путем анализа биоптата печени, взятого под контролем УЗИ. При этом уровень АФП у данного пациента был 7,0, то есть в пределах нормы. У второй пациентки диагноз был подтвержден цитологически и выставлен путем исследования асцитической жидкости, у данной пациентки уровень АФП был 110, то есть повышен. При этом в обоих случаях диагноз подтверждался на УЗИ и/или КТ/МРТ.

ВЫВОДЫ

На сегодняшний день определение уровня АФП в качестве скрининга ГЦК является стандартом диагностики, повышенный уровень АФП на фоне хронических заболеваний печени не всегда указывает на первичный рак печени, и, наоборот, уровень АФП в пределах нормы не исключает наличие ГЦК в печени. Таким образом данные АФП должны подтверждаться или опровергаться другими онкомаркерами, а также методами визуализации.

Контакты: Бригида К.С., младший научный сотрудник, Научно-исследовательский институт Вирусологии, Узбекистан, г. Ташкент. E-mail: info.nii_virusologii@minzdrav.uz

Contacts: Brigida KS, Junior Researcher, Research Institute of Virology of the Republic of Uzbekistan, Tashkent c. E-mail: info.nii_virusologii@minzdrav.uz