

Сербина Д. В.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ БИОМАРКЕРОВ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Научный руководитель: Катин М. Л.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Кафедра трансплантологии

Белорусская государственная академия последипломного образования, г. Минск

УЗ 9 ГКБ, г. Минск

Актуальность. Сепсис является ведущей причиной смерти пациентов почле трансплантации печени (ТП). Позднее начало лечения приводит к худшему прогнозу, что подчеркивает важность своевременной диагностики. Золотым стандартом являются бактериологические исследования, однако время, необходимое для выделения культуры, ограничивает их применение в ранней диагностике сепсиса. Лабораторное исследование различных биомаркеров может быть полезным для ранней диагностики инфекционных осложнений и сепсиса у пациентов после ТП.

Цель: определить наиболее чувствительный и специфичный ранний биомаркер послеоперационных инфекционных осложнений и сепсиса у реципиентов печени.

Материалы и методы. В основе работы лежит ретроспективное одноцентровое исследование, в которое были включены 33 реципиента после ТП, выполненных в период с января по декабрь 2016г. Средний возраст пациентов составил $52 \pm 11,6$ лет. Средний уровень MELD – $22,47 \pm 7,37$. В зависимости от наличия или отсутствия ранних послеоперационных инфекционных осложнений и сепсиса, пациенты были разделены на две группы. В основную группу были включены пациенты с положительным результатом бактериологического исследования отделяемого из брюшной полости и клинико-лабораторными признаками системного воспалительного ответа в течение 72 часов после ТП. В группу сравнения вошли пациенты с неосложненным течением послеоперационного периода ТП. Первичными контрольными точками являлись концентрации пресепсина, прокальцитонина, С-реактивного протеина (С-РП) и количество лейкоцитов в 1, 2 и 5 сутки после операции (СПО).

Результаты и их обсуждение. Группы были сопоставимы по демографическим и антропометрическим параметрам, а также по уровню воспалительных маркеров (прокальцитонина, пресепсина, С-РП) и лейкоцитов до операции. Концентрация пресепсина в группе исследования был достоверно выше в СПО 1 (4275 ± 3878 нг/мл против 1916 ± 1413 нг/мл в группе сравнения, $p=0,027$), СПО2 ($4978,5 \pm 2473,3$ нг/мл против $2029,5 \pm 1260$ нг/мл, $p=0,002$) и СПО 5 ($5397,06 \pm 3916,09$ против $2473 \pm 1140,7$ нг/мл, $p=0,002$). Концентрация прокальцитонина в группе исследования не различались достоверно в СПО1 ($24,73 \pm 17,87$ нг/мл против $16,54 \pm 21,74$ нг/мл в контрольной группе, $p=0,126$), однако достоверные отличия концентрации прокальцитонина наблюдались в СПО2 ($60,07 \pm 49,26$ нг/мл против $16,38 \pm 15,44$ нг/мл в группе сравнения, $p=0,0003$) и СПО5 ($13,22 \pm 8,73$ нг/мл против $4,09 \pm 7,03$ нг/мл, $p=0,003$). Концентрация С-РП и уровень лейкоцитов достоверно не различались в течение первых пяти суток после ТП.

Согласно проведенному ROC-анализу, площадь под кривой (AUC) для пресепсина в СПО1 составила 0,75, что было значительно, но не достоверно, выше, чем для прокальцитонина (AUC 0,51; $p=0,124$). Диагностический cut-off пресепсина в СПО1 составляет 1693 нг/мл и имеет чувствительность 81,2% и специфичность 66,7%. В СПО 2 AUC для пресепсина составила 0,883, для прокальцитонина – 0,922 ($p=0,679$).

Необходимо принять во внимание некоторые ограничения исследования – ретроспективный дизайн и относительно малую выборку пациентов.

Выводы. Пресепсин является наиболее ранним по сравнению с прокальцитонином, С-РП и уровнем лейкоцитов лабораторным маркером послеоперационных инфекционных осложнений и сепсиса у пациентов после ТП.