

*Драчан В.А., Прохорик В.А.*  
**БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ У ДЕТЕЙ ДО  
И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Альферович Е.Н.*

*Кафедра 2-ая детских болезней*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Цирроз печени – это хроническое заболевание, которое характеризуется нарушением структуры печени, вызванным некрозом и снижением массы функционирующих гепатоцитов, а также развитием соединительной ткани и узлов регенерации. У детей цирроз печени встречается относительно редко, но его течение может быть тяжелым и проявляться желтухой, портальной гипертензией, асцитом и гепатоспленомегалией. Основными этиологическими факторами формирования цирроза у детей являются атрезия желчных протоков, аутоиммунные и сосудистые заболевания печени, наследственные болезни обмена веществ, а также гепатотропные вирусы (HSV 1/2 типа, цитомегаловирусы, энтеровирусы).

**Цель:** оценить биохимические показатели крови у детей с циррозом печени, до и после трансплантации, с целью контроля динамики восстановления детского организма.

**Материалы и методы.** Исследовали сыворотку крови детей (средний возраст 4,7 лет), находившихся на лечении в ГУ «Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии» с диагнозом цирроз печени. С помощью анализатора Architect с8000 определяли содержание С-реактивного, общего белка, альбумина, билирубина, мочевины, активность аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ) за день до трансплантации, на следующий день и через 3 месяца и 1 год после трансплантации. Статистическую обработку проводили непараметрическими методами,  $n=7$ . Данные представлены как медиана и интерквартильные размахи. Различия считали значимыми при  $p < 0,05$ . Контроль – возрастные референтные значения.

**Результаты и их обсуждение.** Среди обследуемых нами пациентов у 71,5 % цирроз печени явился исходом атрезии желчевыводящих путей, у 28,5 % – гигантоклеточного гепатита и ЦМВ-инфекции. При биохимическом исследовании крови до трансплантации установлено значительное повышение уровня общего билирубина - 389,5 (72,7-616,0) мкмоль/л, преимущественно за счет прямого, повышение активности АЛТ до 113,0 (34,6-220,0) Е/л и АСТ - 211,0 (75,4-233,0) Е/л, увеличение активности щелочной фосфатазы в 6,2 и ГГТП в 3,4 раза, снижение содержания общего белка, за счет уменьшения альбумина, содержание мочевины было в норме. У 50% обследуемых детей отмечено повышенное содержание С-реактивного белка. Всем пациентам была произведена трансплантация левого латерального сектора от живого донора. На следующий день после операции отмечено снижение уровня общего билирубина, активности щелочной фосфатазы и ГГТП в сыворотке крови, однако активность АЛТ и АСТ еще более увеличилась и составила 1010,0 (860,0-1264,9) Е/л и 1997,7 (745,6-3024,5) Е/л, соответственно. Содержание общего белка, альбумина и С-реактивного белка осталось без изменений. Следует отметить, что качество жизни и самочувствие пациентов существенно улучшаются после операции. Это подтверждают результаты исследований, проведенные через 3 месяца, и спустя год после трансплантации. У 100% обследуемых детей восстановлена белоксинтезирующая и экскреторная функция печени (содержание общего белка – 68,0 (65,8-72,1) г/л, альбумина – 48,0 (42,0-50,0) г/л, нормализуется уровень общего билирубина – 8,3 (8,5-13,7) мкмоль/л и активность АЛТ. У 71,5% пациентов активность ГГТП возвращается к показателям нормы, однако активность АСТ и АЛТ у всех обследуемых детей остается выше возрастной нормы.

**Выводы.** У детей с циррозом печени концентрация общего белка, альбумина и билирубина в крови нормализуется в течение 3 месяцев после трансплантации, однако активность АЛТ и АСТ через 1 год остаётся выше нормы.