

тромбоемболічних і геморагічних ускладнень, відсутність ознак стеатозу печінки на тлі порушень вуглеводного обміну на предіабетичному рівні та неморбідного ожиріння.

Обмеження дослідження. Це було скринінгове дослідження, одноразове, без застосування транзійтної еластографії печінки та інших неінвазивних тестів визначення фіброзу печінки, за винятком FIB-4.

Висновки. Отримані результати вказують на необхідність подальших досліджень для визначення ролі конкретних факторів ризику МАЖХП у розвитку й прогресуванні фібриляції передсердь.

Сімонова О.В., Стойкевич М.В., Шевцова З.І.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
м. Дніпро, Україна

Визначення ендоскопічної активності виразкового коліту

Актуальність. Запропоновано кілька індексів ендоскопічної активності виразкового коліту (ВК): J.H. Baron (1962), D. Rachmilewitz (1989), S. Truelove і L. Witts, Mayo Score Assignment (1987) тощо. Критерії, що дозволяють оцінити ступінь активності запалення слизової оболонки (СО), включають вираженість судинного рисунка, наявність і вираженість гіперемії, кровоточивості, ерозій, виразок, гнійного нальоту. Визначення індексу активності ВК (частіше за Mayo Score Assignment) застосовується переважно в клінічних випробуваннях і вкрай рідко — у практичній роботі.

Мета: оцінити ефективність і зручність оцінки ендоскопічної активності ВК за допомогою індексу Mayo Score Assignment.

Матеріали та методи. Ендоскопічне дослідження товстої кишки (ТК) виконано 92 хворим на ВК. У всіх випадках проводили верифікацію діагнозу, визначення протяжності ураження ТК (за Монреальською класифікацією) та індексу активності ВК (за Mayo Score Assignment), де 0-й ст. — нормальна СО або СО, що загоїлась, 1-й ст. — стертий судинний рисунок, помірна рихлість, еритема, 2-й ст. — судинний рисунок відсутній, виражена рихлість, ерозії, 3-й ст. — спонтанна кровоточивість, великі виразки.

Результати. У всіх пацієнтів було виявлено ВК з різними поширеністю (ураження прямої кишки — 15,2 %, лівобічне ураження — 60,9 %, тотальне — 23,9 %) і ступенем активності процесу (0-й ст. — 3,3 %, 1-й ст. — 13,0 %, 2-й ст. — 36,9 %, 3-й ст. — 46,7 %). Ендоскопічні ознаки, на яких базується індекс активності, чітко візуалізувались і визначались під час дослідження.

В уражених частинах ТК переважно був однаковий ступінь активності ВК (84,8 %), але в низці випадків у різних ділянках ураженої частини ТК спостерігали різний ступінь, що може бути наслідком характеру лікування.

Відома кореляція між клінічними проявами й ендоскопічною активністю ВК підтверджена і в нашому дослідженні, але в окремих випадках (9,8 %) мали місце розбіжності між цими показниками, обумовлені не-

відповідністю протяжності й активності ураження, що важливо розуміти при виборі тактики лікування, спостереженні й визначенні прогнозу.

Висновки. Вираженість ступеня ендоскопічної активності ВК у кожному випадку є важливою характеристикою, що впливає передусім на вибір лікувальної тактики. Визначення активності ВК за індексом Mayo Score Assignment є досить зручним і легко відтворюваним методом, що без утруднень може бути використаний у практичній роботі лікарів-ендоскопістів.

Сірчак Є.С.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Функціональні захворювання органів травлення в умовах військового часу в Україні

Частота захворювань біліарного тракту перевищує 15,0 % у популяції в економічно розвинутих країнах. Кожна п'ята жінка і кожен п'ятнадцятий чоловік віком понад 20 років страждають від біліарної дисфункції, холециститу, жовчнокам'яної хвороби або перенесли холецистектомію, і в половини з них наявні симптоми диспепсії.

Численними дослідженнями продемонстровано, що ізольована функціональна диспепсія (ФД) зустрічається відносно рідко і, як правило, поєднується з іншими захворюваннями і патологічними станами шлунково-кишкового тракту (ШКТ), включаючи синдром подразненої товстої кишки (СПК), синдром надмірного бактеріального росту (СНБР), а також функціональні захворювання жовчного міхура та сфінктера Одді. Майже в половини хворих із СПК можна говорити про функціональні порушення біліарного тракту, що підтверджує генералізований характер моторних порушень ШКТ при функціональній патології. На сучасному етапі не можна розглядати ізольовано функціональні захворювання органів травлення (ФЗОТ), не кажучи вже про двонаправлену вісь «головний мозок — органи травлення (кишечник, біліарна система, мікробіом)». У хворих з ФЗОТ відзначено вірогідне зниження якості життя за рахунок емоційного компонента й обмеження в прийомі деяких продуктів. Проведені дослідження вказують, що в пацієнтів з ФЗОТ частіше, ніж у здорових осіб, виявлено тривогу, депресію, вони частіше перенесли сексуальну травму в минулому і фізичне згвалтування.

Лікування даних пацієнтів має бути комплексним і включати консолідований підхід декількох спеціалістів — гастроентеролога, психотерапевта, дієтолога тощо. Перспективним є використання у хворих з ФЗОТ семи-компонентного рослинного препарату, до складу якого входять: полин гіркий, перстач гусячий, трава кардобендикту, солодка, звіробій звичайний, ромашка лікарська, дягель лікарський. Рослинний препарат має прокінетичний, репаративний, спазмолітичний, протизапальний і знеболюючий ефекти, а також стимулює вироблення травних ферментів. При цьому поліпшує перистальтичну активність шлунка, нормалізує секрецію парієталь-

них клітин, відновлює репаративні можливості слизової оболонки, нормалізує ферментативну активність ШКТ, нормалізує тонус вегетативної та центральної нервової системи, проявляє седативну дію, а також має жовчогінний ефект, що важливо для лікування хворих з біліарною дисфункцією, особливо при її поєднанні з ФД, СПК.

Сірчак Є.С., Марошан М.Т.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Доцільність визначення рівня калістатину в сироватці крові у хворих на цироз печінки, інфікованих вірусом COVID-19

Мета: дослідити зміни рівня калістатину (КС) у сироватці крові хворих на цироз печінки (ЦП), інфікованих вірусом COVID-19.

Матеріали та методи. Обстежено 38 хворих на ЦП, які мали підтверджений діагноз COVID-19-пневмонії (позитивна полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР-тест) до РНК SARS-CoV-2 (ген RdRP SARS-CoV-2, ген E SARS-CoV-2)). Контрольну групу становили 20 фактично здорових осіб. Ступінь ураження печінки визначали з використанням сурогатних маркерів фіброзу за допомогою онлайн-тестів Fibrosis score (NFS), Fibrosis 4 calculator (FIB-4), ліцензійного фібротесту, а також за результатами еластометрії печінки. Тяжкість ЦП визначали за класифікацією Child-Pugh. У сироватці крові проводили визначення показника КС за допомогою імуноферментного аналізу, використовуючи тест-систему RayBio® Human Serpin A4 ELISA Kit.

Результати. Обстежених хворих на ЦП, інфікованих COVID-19, при надходженні до стаціонару розподілили за ступенями тяжкості за класифікацією Child-Pugh. Клас А (стадія компенсації) — 8 (21,1 %) хворих, клас В (стадія субкомпенсації) — 12 (31,5 %) хворих, а клас С (стадія декомпенсації) — 18 (47,4 %) хворих. В обстежених хворих на ЦП, інфікованих COVID-19, встановлено зниження рівня КС у сироватці крові (до $(8,21 \pm 0,05)$ нг/мл при нормі $(27,33 \pm 0,08)$ нг/мл у контрольній групі — $p < 0,01$). Проведено визначення рівня КС у сироватці крові у хворих на ЦП, інфікованих COVID-19, залежно від ступеня тяжкості циротичного процесу. Виявлено прогресивне зниження КС у сироватці крові залежно від ступеня тяжкості захворювання, а саме: у хворих на ЦП класу А за Child-Pugh його показник становив $(9,78 \pm 0,06)$ нг/мл, у хворих на ЦП класу В за Child-Pugh встановлено його зниження до $(7,77 \pm 0,09)$ нг/мл, тоді як у пацієнтів на ЦП класу С за Child-Pugh визначено його зниження до $(6,28 \pm 0,05)$ нг/мл. Отже, дослідження рівня КС у сироватці крові, що переважно секретується в печінці, а його концентрація варіює при різних хронічних патологіях печінки і потенційно відображає ступінь ЦП, дає нам можливість використовувати його як діагностичний показник ступеня ураження печінки у хворих на цироз, особливо при інфікуванні даних пацієнтів вірусом COVID-19.

Висновки. У хворих на ЦП, інфікованих вірусом COVID-19, встановлено зниження рівня КС у сироватці крові, що має тенденцію до прогресивного зменшення залежно від ступеня тяжкості захворювання, а саме: від мінімально виражених відхилень від норми у пацієнтів із ЦП класу А до максимально вираженого його зниження в крові у хворих класу С за Child-Pugh.

Сірчак Є.С., Стегура А.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Біомаркерна діагностика ураження кишечника у хворих на метаболічно-асоційовану жирову хворобу печінки при інфікуванні вірусом COVID-19

Мета: визначити зміни рівня фекального кальпротектину (ФК) у калі й показника α_1 -антитрипсину (α_1 -АТ) у сироватці крові й калі, а також його кліренс у хворих на метаболічно-асоційовану жирову хворобу печінки (МАЖХП) та ураження кишечника, інфікованих вірусом COVID-19.

Матеріали та методи. Обстежено 54 хворих на МАЖХП та ураження кишечника, що мали підтверджений діагноз COVID-19-пневмонії (позитивна полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР-тест) до РНК SARS-CoV-2). Контрольну групу становили 20 фактично здорових осіб. Ступінь ураження печінки розраховано з використанням сурогатних маркерів фіброзу (NAFLD fibrosis score, Fibrosis 4 calculator і фібротест), даних еластометрії печінки. У сироватці крові та калі методом імуноферментного аналізу (ІФА) проводили визначення рівня α_1 -АТ із розрахунком його кліренсу (K_{α_1} -АТ) (тест-системи Immundiagnostic AG, Німеччина). Методом ІФА визначали активність ФК. Дослідження даних показників проводили на етапі стаціонарного лікування пацієнтів (при надходженні, а також перед випискою із стаціонару) і через 2 місяці після виписки з лікарні.

Результати. Клінічно зміни з боку товстої кишки (ТК) на етапі стаціонарного лікування характеризувались у 44,4 % хворих проносами, у 33,3 % пацієнтів — запорами, а в 33,3 % обстежених з МАЖХП — чергуванням проносів і запорів. Встановлено незначне збільшення рівня ФК у хворих на МАЖХП, інфікованих COVID-19, на стаціонарному етапі лікування ($(34,2 \pm 0,8)$ мкг/л при надходженні та $(46,3 \pm 0,5)$ мкг/л при виписці). Більш виражене відхилення від норми встановлено через 2 місяці після стаціонарного лікування — його збільшення до $(125,6 \pm 1,4)$ мкг/л при нормі $(26,3 \pm 1,2)$ мкг/л у контрольній групі — $p < 0,01$. Рівень α_1 -АТ у сироватці крові вже при надходженні до лікарні був збільшений у хворих на МАЖХП (до $(174,0 \pm 2,5)$ мг/дл при нормі $(121,7 \pm 2,2)$ мг/дл). Максимальне відхилення від норми в даних хворих також встановлено через 2 місяці після інфікування COVID-19 ($(434,9 \pm 3,1)$ мг/дл), а при виписці цей показник становив $(226,8 \pm 3,2)$ мг/дл. На порушення кишкового бар'єра і збільшення проник-