

Результати. Група поранених різного ступеня тяжкості з печінковою дисфункцією становила 235 осіб (36,0 %). Група поранених різного ступеня тяжкості без печінкової дисфункції — 417 осіб (64,0 %). У групі поранених різного ступеня тяжкості з печінковою дисфункцією та без прийому гепатопротекторів час нормалізації показників АЛТ дорівнював $(15,8 \pm 8,4)$ доби. Аргініну глутамат отримували 4 тяжкопоранені ($ISS = 25$) військовослужбовці з печінковою дисфункцією. У тяжкопоранених із печінковою дисфункцією на фоні прийому аргініну глутамату час нормалізації показників АЛТ становив $5,7 \pm 1,8$ доби від призначення терапії. Есенціальні фосфоліпіди отримували 8 військовослужбовців з пораненнями різного ступеня тяжкості ($ISS = (13,6 \pm 4,6)$) та печінковою дисфункцією. Нормалізація рівня АЛТ на фоні призначення есенціальних фосфоліпідів відбувалася на $(8,6 \pm 4,2)$ доби від призначення терапії.

Висновки. Таким чином, спостерігається позитивна динаміка перебігу печінкової дисфункції у тяжкопоранених на фоні гепатопротекторної терапії аргініну глутаматом: час нормалізації показників АЛТ $(5,7 \pm 1,8)$ доби проти $(8,6 \pm 4,2)$ доби у поранених різного ступеня тяжкості при лікуванні есенціальними фосфоліпідами та $(15,8 \pm 8,4)$ доби — без гепатопротекторної терапії.

Сімонова О.В., Мосійчук Л.М.,
Гайдар Ю.А., Петішко О.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
м. Дніпро, Україна

Ендоскопія з режимами збільшення і вузькоспектральної візуалізації в діагностиці кишкової метаплазії слизової оболонки шлунка

Мета. Оцінити ефективність ендоскопії з режимами збільшення і вузькоспектральної візуалізації (narrow band image, NBI) в діагностиці кишкової метаплазії (КМ) слизової оболонки (СО) шлунка.

Матеріали та методи. Ендоскопічне дослідження СО шлунка за допомогою відеоендоскопічної системи Olympus EVIS EXERA III з гастроскопом Olympus 190 (Японія) проведене 80 хворим на атрофічний гастрит (АГ). Проводили огляд у білому світлі та в режимах збільшення і NBI. В усіх випадках отримували цільові та рандомальні біопсії з СО шлунка за Сіднейською системою. Діагностику КМ здійснювали у разі виявлення в режимі збільшення і NBI плоских, плоско-піднятих і плоско-заглиблених вогнищ, які мали регулярну гребенеподібну або тубуловільозну мікроструктуру, що в більшості випадків супроводжувалося позитивним симптомом LBC (light blue crests). Поширеність КМ вивчали за топографією: антральний відділ, тіло шлунка, мультифокально. Проводили зіставлення даних ендоскопії в режимах збільшення і NBI з результатами гістологічних досліджень, здійсненими за стандартними методиками, із визначенням типу КМ (повна, неповна).

Результати. У 10 пацієнтів (12,5 %) при ендоскопічному дослідженні КМ не виявлено, у 70 пацієнтів (87,5 %) діагностована КМ СО шлунка, що в усіх випадках було підтверджено морфологічно; серед них КМ, обмежена антральним відділом шлунка, виявлена в 25,7 % хворих, тільки в тілі шлунка — в 4,3 %, мультифокально — в 70,0 % випадків. Під час аналізу частоти ендоскопічних варіантів КМ в обстежених пацієнтів було виявлено, що частіше зустрічався плоско-заглиблений варіант (45,7 % випадків), плоско-піднятий — в 25,7 %, плоский — в 14,3 % і змішаний — в 14,3 % випадків. При порівнянні даних ендоскопії з NBI та результатів гістологічного дослідження не було виявлено залежності ендоскопічних варіантів КМ від типу КМ. При аналізі поширеності КМ в шлунку було визначено, що в антральному відділі КМ переважно розташовується в препілоричній зоні, потім поширюється в проксимальному напрямку в тіло, де спочатку охоплює малу кривизну (так звана доріжка Вальдейєра), потім — передню і задню стінки, і в останню чергу — велику кривизну шлунка.

Висновок. Проведення відеоендоскопії з режимами збільшення і NBI дозволяє не тільки з високою вірогідністю (100 %) діагностувати одну з передракових патологій шлунка — КМ, а й визначати її поширеність в органі, збільшення якої є суттєвим фактором розвитку раку шлунка кишкового типу внаслідок того, що його розвиток прямо пропорційний поширеності КМ.

Сірчак Є.С., Барані В.Є., Коваль В.Ю.

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

Особливості клінічного перебігу хронічного панкреатиту у хворих на цукровий діабет

Мета. Дослідити особливості клінічного перебігу хронічного панкреатиту (ХП) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 1 та 2 типів.

Матеріали та методи. Обстежені 136 хворих на ЦД та ХП. Хворих розподілили на 2 групи: в І групу увійшли 64 хворі на ЦД 1 типу, а ІІ групу становили 72 пацієнти із ЦД 2 типу. Усім обстеженим пацієнтам проведені загальноклінічні, антропометричні, інструментальні та лабораторні методи дослідження.

Результати. В усіх обстежених хворих на ЦД клінічно встановлені зміни, характерні для ХП. У хворих І групи переважали прояви кишкової диспепсії, а саме поліфекалія (у 79,7 % обстежених), проноси (у 68,8 % обстежених), відчуття неповного випорожнення (у 56,3 % обстежених). У хворих ІІ групи частіше визначали скарги, характерні для біліарної диспепсії, — відрижка гірким (у 72,2 % обстежених), гіркота у роті (у 66,7 % обстежених), нудота (у 58,3 % обстежених), особливо після прийому жирної, смаженої їжі. У 59,4 % хворих І групи та у 62,5 % хворих ІІ групи також визначали больовий синдром. При цьому у хворих І групи частіше визначали періодичні болі спастичного характеру, тоді

як у хворих II групи найчастіше діагностовано постійні болі ниючого характеру у верхніх відділах живота.

Висновки. Хронічний панкреатит у хворих на ЦД 1 типу клінічно проявляється ознаками кишкової диспепсії (прони, поліфекалія, відчуття неповного випорожнення, метеоризм) та вираженими болями спастичного періодичного характеру. Хронічний панкреатит у хворих на ЦД 2 типу в переважній більшості випадків проявляється ознаками біліарної диспепсії (відрижка гірким, гіркота у роті, нудота) на фоні постійних, ниючих болів у верхніх відділах черева.

Сірчак Є.С., Грига В.І., Сірчак С.С.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Порушення рівнів вільних амінокислот сироватки крові у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки та цукровий діабет 2 типу

Мета. Визначити особливості зміни рівнів вільних амінокислот сироватки крові (ВАКСК) у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи. Обстежено 84 хворих на НАЖХП та ЦД 2 типу. Хворих поділено на 2 групи: в I групу увійшли 40 хворих на неалкогольний жировий гепатоз (НАЖГ), а II групу становили 46 хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ). Усі обстежені пацієнти підлягали дослідженню за загальноклінічними, інструментальними та лабораторними методами. Кількісне визначення рівня ВАКСК проводили за методом обернено-фазової високоефективної рідинної хроматографії.

Результати. Виявлене переважне зменшення рівнів ВАКСК в обох груп обстежених, але більш виражене відхилення від норми встановлене у II групі хворих, а саме зменшення рівнів триптофану до $(29,09 \pm 2,11)$ нмоль/л, тирозину — до $(30,09 \pm 3,04)$ нмоль/л, метіоніну — до $(10,12 \pm 1,70)$ нмоль/л, лейцину — до $(60,52 \pm 2,77)$ нмоль/л, аргініну — до $(40,15 \pm 3,04)$ нмоль/л ($p < 0,01$), а також вмісту аланіну — до $(395,18 \pm 7,99)$ нмоль/л, треоніну — до $(143,12 \pm 7,21)$ нмоль/л, серину — до $(109,67 \pm 7,23)$ нмоль/л, лізину — до $(256,56 \pm 7,08)$ нмоль/л. Ці зміни супроводжувались статистично вірогідним збільшенням рівнів цистеїну до $(222,40 \pm 7,55)$ нмоль/л, глутаміну — до $(535,67 \pm 7,13)$ нмоль/л, аспарагіну — до $(8,67 \pm 0,45)$ нмоль/л, фенілаланіну — до $(95,33 \pm 3,45)$ нмоль/л, валіну — до $(247,40 \pm 7,34)$ нмоль/л. У I групі хворих виявлені менш виражені зміни ідентичного характеру.

Висновки. У хворих на НАЖХП та ЦД 2 типу встановлені зміни рівнів ВАКСК, а саме зменшення показників триптофану, тирозину, метіоніну, лейцину, аргініну, а також збільшення рівня цистеїну, проліну, валіну, глутаміну.

Філак Я.Ф., Сірчак Є.С.

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

Клінічні особливості перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у хворих на остеохондроз грудного відділу хребта

Мета. Визначити особливості клінічного перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у хворих на остеохондроз грудного відділу хребта.

Матеріали та методи. Обстежені 86 хворих на ГЕРХ та остеохондроз грудного відділу хребта (I група) та 42 хворі на ГЕРХ без ураження хребта. Усім обстеженим хворим проведені загальноклінічні, антропометричні, інструментальні та лабораторні методи дослідження згідно з локальними протоколами.

Результати. В обстежених пацієнтів I групи ГЕРХ частіше проявлялася позастравохідною симптоматикою, а саме кардіологічною та отоларингологічною формами. У 40 (46,5 %) хворих I групи, які проконсультовані кардіологом, визначена наявність загродинних болів по ходу стравоходу (симптом non-cardiac chest pain) та порушення в роботі серця (кардіологічні маски ГЕРХ), що частіше виникали після вживання жирної, смаженої їжі, газованих напоїв та кави. Після детального аналізу скарг виявлено, що 29 (33,7 %) хворих часто визначають першіння у горлі, осиплість голосу, а також скаржаться на сухий, гавкаючий кашель, що розцінені як отоларингологічні прояви ГЕРХ. Типові прояви ГЕРХ серед хворих I групи встановлені лише у 17 (19,8 %) обстежених. Провідним клінічним проявом ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту в обстежених хворих II групи була відрижка кислим, печія, ком у горлі, а також дисфагія.

Висновки. У хворих на остеохондроз грудного відділу хребта ГЕРХ частіше має атипичний клінічний перебіг (кардіологічні чи отоларингологічні прояви).

Степанов Ю.М., Косинська С.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія
МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Особливості вмісту вільних жирних кислот сироватки крові у хворих на автоімунні захворювання печінки

Мета. Оцінити вміст вільних жирних кислот (ВЖК) сироватки крові у хворих на автоімунні захворювання печінки для виявлення їх ролі у патогенезі захворювань.

Матеріали та методи. Обстежені 20 хворих на патологію печінки, із них 7 — хворі на автоімунний гепатит (АІГ), 3 — на АІГ з наслідком у цироз, 1 — на over-lap АІГ + первинний біліарний холангіт (ПБХ), 2 — на ПБХ, 7 — на стеатогепатит із позитивними маркерами ANA > 1 : 100. Середній вік хворих — $(38,95 \pm 2,46)$