

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 вискоефективної 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 за грудних 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 — $(38,95 \pm 2,46)$

року, за статтю: 19 жінок та 1 чоловік. У всіх хворих, крім стандартних клінічних і лабораторно-інструментальних даних, визначений вміст ВЖК у сироватці крові. Визначення ВЖК у сироватці крові проведене з використанням апаратно-програмного комплексу на базі газового хроматографа «Хроматек-Кристал 5000» із полум'яно-іонізаційним детектором. Жоден хворий згідно з анамнезом та умовами включення не мав дієтичних обмежень, не приймав препарати жирних кислот. Контрольну групу для оцінки вмісту ВЖК становили 16 умовно здорових осіб.

Результати. В усіх хворих визначалося менше фракцій ВЖК, у середньому ($13,55 \pm 0,68$), від 8 до 18 фракцій, ніж у здорових, у яких було 25 фракцій ВЖК (від С4:0 до С21:0). У більшості відсутніми були саме фракції ненасичених ВЖК. Загальний вміст ВЖК не відрізнявся від здорових і становив ($2,515 \pm 0,343$) мкг/мкл проти ($3,578 \pm 0,462$) мкг/мкл ($p > 0,05$). Не відрізнявся середній вміст насичених, ненасичених, мононенасичених та поліненасичених ВЖК ($p > 0,05$). Проте спостерігалися значні зміни у складових цих ВЖК та їх відношеннях. У спектрі коротколанцюгових ВЖК звертає увагу значне зменшення у 100 % хворих бутирату С4:0, до ($0,0131 \pm 0,0038$) мкг/мкл, порівняно зі здоровими ($1,8366 \pm 0,4700$) мкг/мкл ($p < 0,001$), у 140 разів, а також збільшення у 80 % хворих капроату С6:0 до ($1,0170 \pm 0,2880$) мкг/мкл проти ($0,2740 \pm 0,0911$) мкг/мкл ($p < 0,001$), у 3,7 раза. Такі зміни ВЖК можуть бути пов'язані з особливостями їх продукції кишечною мікробіотою. Середньоланцюгові ВЖК характеризувались збільшенням у 85 % хворих додеканоату С12:0 у 5,8 раза ($p < 0,001$), тобто насиченої ВЖК. Спектр довголанцюгових ВЖК, представлений 19 фракціями, характеризувався збільшенням насичених ВЖК, пальмітату С16:0 — у 12,2 раза ($p < 0,001$), стеарату С18:0 — у 2 рази ($p < 0,05$) та невірогідно — міристату С14:0. Також відзначене збільшення мононенасичених ВЖК, а саме гептадеканоату С17:1(cis-10) — у 6,7 раза ($p < 0,001$), октадеканоату С18:1(trans-9) — у 14,5 раза ($p < 0,05$). Але повністю була відсутня фракція ейкозеноату С20:1(cis-11) у всіх хворих.

Висновки. Спектр ВЖК у хворих на аутоімунні захворювання печінки відрізняється від здорових та потребує подальшого вивчення та інтерпретації.

Тарасова Т.С., Стойкевич М.В., Татарчук О.М.

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

Значення сироваткового IgG4 в діагностиці хворих на запальні захворювання кишечника

Мета. Удосконалення діагностики запальних захворювань кишечника (ЗЖК) на підставі вивчення рівня IgG4 в крові.

Матеріали та методи. Нами були обстежені 30 пацієнтів із ЗЖК віком від 19 до 60 років, у середньому

($38,50 \pm 2,23$) року, серед них 22 хворі на неспецифічний виразковий коліт (НВК) і 8 хворих на хворобу Крона (ХК). Діагноз у всіх був установлений з урахуванням даних ендоскопічного та гістологічного обстежень. Крім того, усім пацієнтам для визначення стану гуморального імунітету був визначений рівень сироваткового IgG та IgG4 методом імуноферментного аналізу (ІФА) (виробник ТОВ «Хема», м. Київ). Норми для IgG — 7,5–18,0 г/л, для IgG4 — 0,1–1,2 г/л.

Результати. У 18 з 30 пацієнтів із ЗЖК був підвищений рівень IgG4, що становить 60 % (серед них 17 пацієнтів із НВК і 1 хворий із хворобою Крона). Підвищений рівень IgG4 в 6,1 раза частіше виявлявся в пацієнтів із НВК. Так, при НВК підвищення рівня IgG4 було зафіксоване у 77,3 %, при хворобі Крона — у 12,5 %. У пацієнтів із НВК встановлений вірогідно вищий рівень IgG4 порівняно з ХК (у 2,5 раза) ($p < 0,05$). Під час дослідження визначено попередні дані про залежність рівня IgG4 у хворих на НВК від тривалості захворювання та від локалізації ураження слизової оболонки товстої кишки. Аналіз даних обстеження хворих виявив тенденцію до збільшення рівня загального IgG у хворих на хворобу Крона порівняно з групою НВК.

Висновок. Виявлені попередні вірогідні дані щодо рівня IgG4 дозволяють використовувати цей показник для диференціальної діагностики між неспецифічним виразковим колітом і хворобою Крона, але потребують подальшого вивчення на більшій кількості хворих. Планується вивчення залежності рівня IgG4 у хворих на НВК від тривалості захворювання і локалізації ураження слизової оболонки товстої кишки, що дозволить розробити методи прогнозування тяжкості запальних захворювань кишечника і в подальшому допоможе оптимізувати терапію, підвищити якість життя пацієнтів.

Татарчук О.М., Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В., Петішко О.П., Демешкіна Л.В., Ярош В.М., Бочаров Г.І.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпро, Україна

Васкулоендотеліальний фактор росту у хворих із передраковими станами шлунка та патологією щитоподібної залози

Мета. Визначити особливості рівня васкулоендотеліального фактора росту (VEGF) у хворих із передраковими станами шлунка та патологією щитоподібної залози (ЩЗ).

Матеріали та методи. Були обстежені 45 хворих із передраковими станами шлунка, які перебували на лікуванні у відділі захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки, дієтології і лікувального харчування ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Усі обстежені хворі були розподілені на групи: I групу становили 19 хворих із вузлами ЩЗ, II групу — 18 хворих із дифузними змінами у ЩЗ; III група представле-