

**Висновки.** Підвищення активності АЛТ і АСТ на момент госпіталізації в стаціонар виявили у 52,5 % пацієнтів з ковід-пневмонією, причому у 37,5 % пацієнтів ці показники були перевищені у 2–3 рази порівняно з нормою. Дані результати свідчать, що вірус SARS-CoV-2 має безпосередній ушкоджуючий вплив на печінку, тому своєчасне виявлення і лікування пацієнтів з COVID-19 згідно з сучасними рекомендаціями має вагомe значення для профілактики уражень печінки.

## ДИНАМІКА СИРОВАТКОВИХ РІВНІВ АНГІОПОЕТИНУ-2 ТА ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРУ РОСТУ (TGF- $\beta$ 1) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ІЗ СУПУТНЬОЮ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Дербак М. А., Лізанець Н. В., Бледкан М. М., Ганич О. Т., Машура Г. Ю., Краснова А. А.  
м. Ужгород, Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

**Мета:** оцінити динаміку сироваткових рівнів ангіопоетину-2 (Ang-2) та трансформуючого фактору росту -  $\beta$ 1 (TGF- $\beta$ 1) у хворих на хронічний гепатит С (ХГС) із супутньою неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) після успішної DAAs.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням знаходилось 82 хворих на ХГС, із яких у 56 (68,3%) осіб діагностовано НАЖХП та підвищену масу тіла (ПМТ). Усім учасникам визначали кількість РНК HCV, Ang-2, TGF- $\beta$ 1, лептину, адипонектину. Ступінь фіброзу печінки діагностували неінвазивним методом ФіброМакс. Хворих було розподілено на групи: 1-ша група (n = 23) ХГС + ПМТ + стеатоз печінки, 2-га група (n = 33) – ХГС + ПМТ + неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), 3-тя група (n = 26) – ХГС + нормальна маса тіла (НМТ). Всі хворі 12 тижнів отримували DAAs.

**Результати.** Із 82 пацієнтів  $F_{3-4}$  мав 31 хворий,  $F_{1-2}$  – 25,  $F_{0-1}$  – 11,  $F_0$  – 15 осіб. Прогресуючий фіброз печінки ( $F_{3-4}$ ) та виразний стеатоз печінки  $S_{2-3}$  ( $p < 0,05$ ) частіше був у хворих 2-ї групи (ХГС + НАСГ). Сироваткові рівні Ang-2 були вищими ( $p < 0,05$ ) у хворих 2-ї групи з  $F_{3-4}$ , ніж у хворих із  $F_{0-2}$ . Рівні лептину у хворих 2-ї групи підвищено у 4,2 раза, а у хворих 1-ї групи – у 2,9 раза, порівняно з групою контролю. Через 24 тижні з моменту завершення успішної DAAs регрес фіброзу печінки зареєстровано у 54 хворих на ХГС. Частіше ( $p < 0,001$ ) регрес фіброзу відбувався у пацієнтів 1-ї та 3-ї груп з меншими його початковими стадіями, аніж у хворих 2-ї групи, та вищими ступенями фіброзу. Регрес фіброзу печінки супроводжувався зниженням рівня Ang-2. У хворих на ХГС з фіброзом  $\leq F_{0-2}$  на тлі регресу фіброзу зареєстровано зниження TGF- $\beta$ 1.

**Висновки.** У хворих на ХГС + НАЖХП реєструються високі рівні Ang-2 та TGF- $\beta$ 1, які позитивно корелюють зі ступенем фіброзу печінки і достовірно знижуються після успішної DAAs у хворих з невисокими початковими стадіями фіброзу печінки та нормальною масою тіла.

## УЛЬТРАЗВУКОВИЙ СКРИНІНГ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ІННОВАЦІЙНИМ МЕТОДОМ ВИМІРЮВАННЯ КОЕФІЦІЄНТА ЗАТУХАННЯ ДЛЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ЛАНКИ

Динник О. Б.<sup>1</sup>, Жайворонок М. М.<sup>2</sup>, Кобиляк Н. М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>м. Київ, ТОВ Медичний центр «Інститут еластографії»

<sup>2</sup>м. Київ, Медичний центр «Doctor Vera»

<sup>3</sup>м. Київ, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є одним із сучасних медичних викликів ХХІ сторіччя, вона набула рис пандемії і є одним із розповсюджених неінфекційних захворювань (НІЗ) – до 30 % дорослих. Вона має прихований перебіг, клінічні прояви мають дебют вже на стадії ускладнень: цирозу печінки, кардіоваскулярних та цереброваскулярних катастроф, цукрового діабету, хвороб нирок та онкології. Специфічних біохімічних тестів НАЖХП немає. Підступність НАЖХП вимагає розроблення концепції її ультразвукового (УЗ) скринінгу на первинній медичній ланці.

**Мета роботи:** запровадити концепцію скринінгу НАЖХП інноваційним методом УЗ стеатометрії, вимірювання коефіцієнта затухання (ВКЗ) в практику первинної медичної ланки.