

## НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА АМИНОКИСЛОТ И БИОГЕННЫХ АМИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Черняк С.А.<sup>1</sup>, Дорошенко Е.М.<sup>1</sup>, Цыркунов В.М.<sup>1</sup>, Черняк Л.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская областная инфекционная клиническая больница

**Актуальность.** В основе биохимических расстройств при поражениях печени лежат нарушения биоэнергетических процессов и всех видов обменов, в том числе – аминокислот (АК), родственных соединений, включая синтез ферментов. У пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС) вопрос изучения патологии обмена аминокислот заслуживает особого внимания в связи с выполнением печенью основной защитной функции – детоксикационной.

**Цель** – установить характер дисбаланса АК у пациентов с рецидивом ХГС.

**Методы исследования.** В исследовании приняли участие 48 пациентов с ХГС, имеющих неудачный опыт противовирусной терапии, подтвержденный наличием молекулярно-генетических и иммунологических маркеров HCV-инфекции после отмены этиотропных средств. Средний стаж ХГС составил 9,6 лет. Пациенты не имели сопутствующей патологии, влияющей на течение основного заболевания.

Уровни свободных АК и их азотсодержащих метаболитов в сыворотке крови пациентов определялись методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

**Результаты и их обсуждение.** Среди исследуемых показателей наиболее часто регистрировались снижение уровней орнитина и 5-гидрокситриптамина (серотонина). Так, сывороточная концентрация орнитина была ниже нормальных значений у 81,8% обследованных пациентов, средний уровень в группе составил 129,59 нмоль/мл, что на 26,8% ниже нормы. Пониженная сывороточная концентрация орнитина наблюдается при прогрессировании фиброза в печени и является признаком нарушения орнитинового цикла [1]. У 80,9% пациентов зафиксировано снижение уровня серотонина, что может свидетельствовать о запуске альтернативного пути метаболизма ароматических АК, сопровождающегося накоплением в ЦНС ложных медиаторов [2]. Средняя сывороточная концентрация серотонина

определялась у пациентов с рецидивом ХГС на уровне 0,16 мкмоль/мл (при референтных значениях 0,22-2,05 мкмоль/л). Сывороточная концентрация триптофана была повышена у 62,2% обследованных пациентов, среднее значение в сыворотке крови у обследованных пациентов превысило пороговую величину на 37,87% и составило 67,56 нмоль/мл. Повышение концентрации триптофана может объясняться ростом поступления его из мышечной ткани вследствие интенсификации метаболизма АК с разветвлённой углеродной цепью, которая наблюдается при прогрессировании фиброза печени и явлений печеночной недостаточности [3]. У 61,40% обследованных пациентов было обнаружено повышение концентрации аргинина. Среднее значение составило 166,46 нмоль/мл, что на 18,9% превышает норму. Индекс аргинин/орнитин у пациентов с рецидивом ХГС был выше нормы и составил 1,29, что свидетельствовало о нарушении элиминации аммиака.

Дисбаланс со стороны фенилаланина, серина и таурина регистрировался реже, менее чем у половины обследованных пациентов. Так, у 45,5% пациентов определялись повышенные сывороточные концентрации фенилаланина и серина. Среднее содержание фенилаланина превышало нормальный показатель на 3,65% (90,18 нмоль/мл), средний уровень серина составил 172,18, что лишь на 0,1% выше референтной величины. На этом фоне выделялась динамика таурина: средняя концентрация данной АК у обследованных пациентов была зафиксирована на уровне 279,75 нмоль/мл, что на 105,6% выше нормы. Такая картина может быть следствием не только дисфункции печени но и дефицита витаминов группы В, а также нарушений алиментарного характера [4]. Высокий уровень таурина определялся у 40,9% обследованных пациентов. Индекс Фишера оставался в пределах референтных значений – 3,15.

**Заключение.** Выявленная дисаминоацидемия у пациентов с рецидивом ХГС свидетельствует о наличии у них прогрессирующего инфекционного процесса, сопровождающегося фибротическими изменениями в печени, субклиническим течением печеночной недостаточности. В терапию гепатита у данных пациентов требуется включать препараты, обладающие антифиброзным действием.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Состав свободных аминокислот сыворотки крови у больных циррозом печени / Е. И. Адаменко [и др.] // Медицинский журнал. – 2005. – № 1 – С. 16-19.

2. Щербенков, И. М. Печеночная недостаточность. / И. М. Щербенков // Гастроэнтерология. – 2009. – № 1. – С. 37–41.

3. Майер, К. П. Гепатит и последствия гепатита. Перевод с немецкого / К. П. Майер – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 717 с.

4. Поздеев, В.К. Гипергомоцистеинемия, гиперцистеинемия, глутаматная эксайтотоксичность, дефицит таурина при гепатите С / В. К. Поздеев, Н. В. Поздеев, О. Е. Никитина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2015. – № 3. – С. 49–60.

## **АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ХОСПИС УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3 Г. ГРОДНО»**

**Чернякова Л.К., Лукашук О.Н., Трусъ Е.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** По оценкам ВОЗ, ежегодно паллиативная медицинская помощь требуется 40 миллионам человек, а получают сегодня лишь около 14% людей, нуждающихся в ней [1]. Потребность в паллиативной медицинской помощи будет и далее возрастать вследствие увеличивающегося количества неинфекционных заболеваний и старения населения.

**Целью** исследования явился анализ работы отделения хоспис УЗ «ГКБ №3 г. Гродно».

**Методы исследования.** Сплошным методом изучены все случаи госпитализации в отделение. Промежуток исследования – 2016 год и 9 месяцев 2017 года. Источником информации послужили «Статистические карты выбывшего из стационара хосписа».

**Результаты.** Отделение хоспис в ГКБ №3 открыто с 1 февраля 2016 года в соответствии с приказом управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета от 23.12.2015 № 1174 «Об открытии хосписа на базе учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №3 г. Гродно». Отделение создано с целью оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим пациентам в терминальной стадии заболевания, пациентам с хроническими неизлечимыми заболеваниями, требующих купирования боли и других патологических симптомов, когда выполнение иных методов оказания медицинской помощи неэффективно и (или) невозможно, в целях улучшения качества жизни пациентов.