

ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ХВОРИХ ІЗ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ ЖИТЕЛІВ ЗАКАРПАТТЯ

©М. Ю. Попович

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

РЕЗЮМЕ. Актуальною проблемою сучасної клінічної медицини є лікування хворих на лімфопроліферативні захворювання, які супроводжуються ураженнями гастроєзофагеальної зони, особливо на фоні лікування хіміотерапевтичними препаратами. Серед причин виникнення залізодефіцитної анемії (ЗДА) у дорослого населення хронічні крововтрати із травного тракту займають провідне місце. Насамперед, ЗДА може виникати внаслідок тривалих крововтрат при ерозивно-виразкових ураженнях гастродуоденальної зони (ЕВУГЗ), виразковій хворобі (ВХ), гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі (ГЕРХ).

Мета – виявити особливості клініко-метаболических порушень при наявності ЗДА у хворих із різного роду гастропатіями на фоні лімфопроліферативних захворювань у жителів гірських та низинних районів Закарпатської області для оптимізації діагностики і лікувальної тактики.

Матеріал і методи. Обстежено 80 хворих на лімфопроліферативні захворювання з різними формами уражень гастроєзофагеальної зони. Хворих на лімфопроліферативні захворювання було поділено на 2 групи: в 1 групу увійшло 40 хворих дифузною В-великоклітинною лімфомою (ДВКЛ), а 2 групу склали 40 пацієнтів з мієломною хворобою (МХ). Усім обстеженим пацієнтам проведено загальноклінічні дослідження. Залежно від місцевості проживання хворих поділено на підгрупи: пацієнти 1.1 підгрупи (n=20) та 2.1 підгрупи (n=20) жителі високігорних районів, а пацієнти 1.2 підгрупи (n=20) та 2.2 підгрупи (n=20) – жителі низинних районів.

Результати. Аналіз отриманих даних клінічної картини та діагностики вказує, що у хворих на лімфопроліферативні захворювання з ураженням гастроєзофагеальної зони, що проживають у низинних районах Закарпаття, як клінічні симптоми, так і результати додаткових методів обстеження у вигляді ФЕГДС, гірші, ніж у пацієнтів із гірських районів.

Висновки. Ураження гастроєзофагеальної зони у хворих на множинну мієлому та дифузну В-великоклітинну лімфому з низинних районів клінічно частіше проявляється стравохідною симптоматикою, тоді як у хворих із гірських районів такі симптоми визначаються рідше. Ураження гастроєзофагеальної зони у вигляді гастроєзофагеального рефлюксу було найчастішим у обох досліджуваних групах, незалежно від місця проживання хворого. Хворі, які проживають у гірському районі, незалежно від основної патології, мають кращі показники клінічної картини та результати ендоскопічних досліджень, порівняно із пацієнтами, що мешкають у низинних районах Закарпаття. Порушення метаболізму заліза в організмі хворих із ЕВУГЗ відображають участь компенсаторно-адаптаційних систем в умовах анемічної гіпоксії, сидеропенії та метаболічної інтоксикації, що потрібно враховувати при патогенетичному обґрунтуванні терапії.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: Н.рулогі; ураження верхніх відділів (ГЕРХ, хронічний гастрит, ерозії, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки); лімфопроліферативні захворювання; анемія; залізо; гірські та низинні райони; Закарпаття.

Вступ. Актуальною проблемою сучасної клінічної медицини є лікування хворих на лімфопроліферативні захворювання, які супроводжуються ураженнями гастроєзофагеальної зони, особливо на фоні лікування хіміотерапевтичними препаратами. Серед причин виникнення залізодефіцитної анемії (ЗДА) у дорослого населення хронічні крововтрати із травного тракту займають провідне місце. Насамперед, ЗДА може виникати внаслідок тривалих крововтрат при ерозивно-виразкових ураженнях гастродуоденальної зони (ЕВУГЗ), виразковій хворобі (ВХ), гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі (ГЕРХ).

Захворювання органів травлення є одними з найпоширеніших, що мають медично-соціальне значення і призводять до суттєвих економічних збитків. Анемічний синдром є поширеним у клінічній практиці, складно назвати спеціальність, фахівці якої б не займалися цією проблемою [1–6]. Най-

частіше анемія обумовлена порушенням обміну заліза, його дефіцитом [7–12]. Серед причин виникнення залізодефіцитної анемії (ЗДА) у дорослого населення провідне місце займають хронічні крововтрати із травного тракту [7, 8, 10]. Насамперед, ЗДА може виникати внаслідок тривалих крововтрат при ерозивно-виразкових ураженнях гастродуоденальної зони (ЕВУГЗ), виразковій хворобі (ВХ) та при гастроєзофагеальній рефлюксійній хворобі [2, 10–15]. Наразі дослідженню параметрів заліза, а саме функціонального, транспортного і депонованого його пулів при анеміях, присвячено низку наукових досліджень [16–20]. Зважаючи на актуальність діагностики залізодефіцитних станів, ВООЗ (2020) випустила рекомендації щодо їх діагностики за показником феритину у сироватці крові [21]. Відомо, що метаболізм заліза в організмі людини визначається рядом чинників, у різних країнах і регіонах вони відрізняються, що зумовлено,

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення очевидно, різним ступенем їх економічного розвитку, етнічними традиціями, геохімічними особливостями місцевості проживання, харчування, організацією надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я.

Розлади функції верхніх відділів шлунково-кишкового тракту є досить розповсюдженими. Симптоми включають раннє насичення, повноту після їжі, нудоту, блювання, здуття та біль у верхній частині живота [16–19].

Helicobacter Pylori – це грамнегативна бактерія, яка колонізує поверхневий епітелій просвіту шлунка людини. Як відомо, характерною локалізацією НР є антральний відділ шлунка. Ймовірно, специфічне розташування НР спричинене факторами хемотаксису, таких як фактор некрозу пухлин (ФНП), інтерлейкіни – (ІЛ1, ІЛ2, ІЛ8), які знаходяться в шлунковому епітелії. Ці цитокіни викликають ряд змін в епітелії шлунка, а саме запалення та пошкодження епітелію, що, в свою чергу, призводить до підвищеного ризику розвитку атрофії слизової шлунка або метаблазії епітеліальних клітин [22, 23].

На сьогоднішній день інгібітори протонної помпи (ІПП) займають провідне місце у лікуванні кислотозалежних захворювань [24, 25]. При цьому, певні труднощі виникають при лікуванні хворих ГЕРХ [25]. Якщо середні терміни загоєння виразок дванадцятипалої кишки складають 3–4 тижні, виразок шлунка – 4–6 тижнів, то терміни загоєння ерозій стравоходу в багатьох хворих можуть досягати 8–12 тижнів [26].

Аналізуючи літературу можна прийти до висновку, що тема є актуальною, позаяк кількість хворих з лімфопроліферативними захворюваннями та ураженнями гастроєзофагеальної зони зростає з року в рік, і хоча за останнє десятиліття протоколи лікування і власне препарати удосконалилися, але все одно поширеність даної патології не припиняє збільшуватися.

Мета дослідження – вивчити частоту та особливості ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту при лімфопроліферативних захворюваннях та ЗДА у жителів гірських та низинних районів Закарпатської області для оптимізації діагностики і лікувальної тактики.

Наукове дослідження виконано в рамках наукових тем кафедри госпітальної терапії «Поширеність факторів ризику, особливості клініки, діагностики та лікування коморбідних патологій внутрішніх органів у мешканців Закарпаття залежно від висоти проживання над рівнем моря» (номер державної реєстрації 012015U104561).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 80 хворих на лімфопроліферативні захворювання із залізодефіцитною анемією, які супроводжувались

ураженнями гастроєзофагеальної зони. Всі хворі проходили стаціонарне лікування у гематологічному відділенні та амбулаторне лікування у поліклінічному відділенні Комунального некомерційного підприємства «Закарпатська обласна клінічна лікарня імені Андрія Новака» Закарпатської обласної ради (КНП «ЗОКЛ ім. А. Новака» ЗОР, м. Ужгород) та поліклінічному відділенні Комунального некомерційного підприємства «Ужгородська міська багатопрофільна клінічна» Ужгородської міської ради (КНП «УМБКЛ» УМР, м. Ужгород) з вересня 2020 року по червень 2023 року. Джерелом інформації слугували «Медичні карти амбулаторного хворого» (Ф. 025/о) та «Медичні карти стаціонарного хворого» (Ф. 003/о).

У всіх хворих оцінювали такі показники: вік, наявність ЗДА та її ступінь, наявність супутніх захворювань гематологічного профілю (множинна мієлома, дифузна В-великоклітинна лімфома) та негематологічного профілю (ураження гастроєзофагеальної зони).

Збір матеріалу та клінічне обстеження хворих виконане під керівництвом наукового керівника, завідувача кафедри госпітальної терапії Ужгородського національного університету професора М. В. Рішка.

Усі дослідження виконувались за згодою пацієнтів, а методика їх проведення відповідала Гельсінській декларації прав людини 1975 р. та її перегляду 1983 р., Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та законодавству України.

Для підтвердження змін зі сторони шлункового тракту використовували дані ендоскопічного дослідження. Для підтвердження діагнозу обстежуваним хворим виконано фіброєзофагогастроуденоскопію (ФЕГДС).

Для підтвердження змін зі сторони крові виконували загальний аналіз крові та маркери анемії у вигляді заліза та феритину.

Критеріями включення пацієнтів у дослідження були: наявність клінічних гастроєзофагеальних симптомів (типових та атипичних), виявлення при ФЕГДС змін слизової оболонки стравоходу, характерних для гастроєзофагеальних уражень, мієломна хвороба, дифузна В-великоклітинна лімфома, підтверджена лабораторно анемія.

Критерії виключення з дослідження: онкопатологія верхніх відділів ШКТ, наявність психіатричних захворювань.

На початку призначеного лікування та в кінці курсу, на 21 день терапії, у обстежених хворих оцінено динаміку клінічної симптоматики, а також проведено повторний загальний аналіз крові та виконано маркери анемії, а також проведено повторне ФЕГДС.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

Аналіз і обробку результатів обстеження хворих здійснювали за допомогою комп'ютерної програми The jamovi project (2023). jamovi (Version 2.3) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати й обговорення. Аналіз даних, отриманих до проведеного комплексного лікування, вказує, що у хворих 1.2 підгрупи (пацієнти з ни-

зинних районів) ураження гастроєзофагеальної зони частіше проявляється типовою стравохідною симптоматикою, а саме – відчуттям важкості в епігастральній ділянці живота (80 %), нудотою (65 %), печією (90 %) та погіршенням апетиту (80 %), ніж у хворих з 1.1 підгрупи (хворі з гірського району) – важкість в епігастральній ділянці живота (55 %), нудота (50 %), печія (90 %) та погіршення апетиту (80 %) (табл. 1).

Таблиця 1. Клінічні ознаки гастроєзофагеальних проявів в обстежених хворих 1 групи, %

Клінічні ознаки	Обстежені хворі 1 групи (n=40)	
	обстежені хворі 1.1 підгрупи (n=20) (гірський район)	обстежені хворі 1.2 підгрупи (n=20) (низинний район)
Прояви уражень гастроєзофагеальної зони		
– печія	60	90
– відчуття важкості в епігастральній ділянці живота	55	80
– погіршення апетиту	60	80
– нудота	50	65
Інші прояви		
– зміни видимих слизових оболонок травного тракту	15	20
– зміни сприйняття смаку	45	40

При аналізі даних хворих 2.1 підгрупи (пацієнти із гірських районів) виявлено, що ураження гастроєзофагеальної зони рідше проявляється типовою стравохідною симптоматикою, ніж у хворих із підгрупи 2.2 (пацієнти із низинних районів), а саме – відчуттям важкості в епігастральній

ділянці живота (40 %), нудотою (55 %), печією (65 %) та погіршенням апетиту (55 %), ніж у хворих з 1.1 підгрупи (хворі з гірського району) – важкість в епігастральній ділянці живота (55 %), нудота (75 %), печія (90 %) та погіршення апетиту (85 %) (табл. 2).

Таблиця 2. Клінічні ознаки гастроєзофагеальних проявів у обстежених хворих 2 групи, %

Клінічні ознаки	Обстежені хворі 2 групи (n=40)	
	обстежені хворі 2.1 підгрупи (n=20) (гірський район)	обстежені хворі 2.2 підгрупи (n=20) (низинний район)
Прояви уражень гастроєзофагеальної зони		
– печія	65	90
– відчуття важкості в епігастральній ділянці живота	40	55
– погіршення апетиту	55	85
– нудота	55	75
Інші прояви		
– зміни видимих слизових оболонок травного тракту	10	20
– зміни сприйняття смаку	50	45

При проведенні діагностики для виявлення ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу в обстежуваних нами пацієнтів із дифузною В-великоклітинною лімфомою виявлено, що пацієнти, які проживають у низинних районах, частіше мають зміни слизової, ніж пацієнти із гірських районів (табл. 3).

Діагностика з виявлення змін слизової оболонки у пацієнтів із множинною мієломою проде-

монструвала, що пацієнти, які проживають у низинних районах частіше мають зміни слизової ніж пацієнти із гірських районів (табл. 4).

Висновки. 1. Ураження гастроєзофагеальної зони у хворих на множинну мієлому та дифузну В-великоклітинну лімфому з низинних районів клінічно частіше проявляється стравохідною симптоматикою і асоціюється з ГЕРХ, тоді як у хворих із гірських районів такі симптоми визначаються рідше.

Таблиця 3. Ендоскопічні зміни в обстежених хворих 1 групи, %

Ендоскопічні ознаки	Обстежені хворі 1 групи (n=40)	
	1.1 підгрупа (n=20)	1.2 група (n=20)
Гастрити	50	70
– атрофічний гастрит та зниження шлункової секреції	10	28,6
– ерозивний гастрит	35	67,3
– гіперпластичний гастрит	5	7,1
Виразки	20	25
– шлунка	25	60
– дванадцятипалої кишки	75	40
Гастроєзофагеальний рефлюкс	90	95

Таблиця 4. Ендоскопічні зміни в обстежених хворих 2 групи, %

Ендоскопічні ознаки	Обстежені хворі II групи (n=40)	
	2.1 підгрупа (n=20)	2.2 група (n=20)
Гастрити	50	60
– атрофічний гастрит та зниження шлункової секреції	20	25
– ерозивний гастрит	30	58,3
– гіперпластичний гастрит	5	16,7
Виразки	25	30
– шлунка	40	66,6
– дванадцятипалої кишки	60	33,4
Гастроєзофагеальний рефлюкс	85	90

2. Ураження гастроєзофагеальної зони у вигляді гастроєзофагеального рефлюксу найчастіше діагностовано у обох досліджуваних групах незалежно від місця проживання хворого.

3. Хворі, які проживають у гірському районі, незалежно від основної патології, мають менш виражені клінічні та ендоскопічні прояви ураження ШКТ, порівняно із пацієнтами, що мешкають у низинних районах Закарпаття.

Перспективи подальших досліджень. Подальше вивчення перебігу захворювання залежно від місцевості проживання і динаміки клінічних та ендоскопічних ознак гастроєзофагеальних уражень у хворих на множинну мієлому та дифузну В-великоклітинну лімфому дасть можливість оптимізувати діагностику та підвищити ефективність лікування хворих на залізодефіцитну анемію, що мешкають у гірських та низинних районах Закарпаття.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kodadek L. M. Stress Gastritis and Stress Ulcers: Prevention and Treatment / L. M. Kodadek, C. Jones // *Surgical Critical Care Therapy*. – 2018. – P. 231–239. DOI: 10.1007/978-3-319-71712-8_21.

2. Weiss G. Anemia of inflammation / G. Weiss, T. Ganz, L. T. Goodnough // *Blood*. – 2019. – Vol. 133 (1). – P. 40–50. DOI: 10.1182/blood-201806-856500.

3. Романенко Т. Г. Профілактика та лікування залізодефіцитної анемії при багатодітній вагітності / Т. Г. Романенко, О. В. Морозова, О. М. Суліменко // *Здоров'я жінки*. – 2020. – № 4(150). – С. 51–56.

4. Анемии / под ред. О. А. Рукавицына. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 256 с. : ил.

5. Рукавицин О. А. Гематология: национальное руководство / О. А. Рукавицин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 784 с.

6. Детская гематология / под ред. А. Г. Румянцева, А. А. Масчана, Е. В. Жуковской. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 656 с.

7. Байдури С. А. Клиническая гематология: руководство для врачей / С. А. Байдури // *АКНУР*. – 2018.

8. Greer J. P. Wintrobe's clinical hematology (13th ed.) / J. P. Greer, D. A. Arber, B. Glader. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

9. Мельник Д. В. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки у дітей шкільного віку (огляд літератури) / Д. В. Мельник // *Сімейна медицина*. – 2018. – № 77. – С. 125–128.

10. Анемии : краткое руководство / Л. В. Козловская (Лысенко), Ю. С. Милованов; под ред. Н. А. Мухина – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 120 с.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

11. Показники діяльності гематологічної служби України у 2014 році / В. Л. Новак, З. В. Масляк, Н. Ф. Бузерак [та ін.]. – 2015.
12. Видиборець С. В. Метаболізм заліза і залізодефіцитні стани: монографія / С. В. Видиборець // Boston: Published by Primedia eLaunch. – 2022. DOI: 10.46299/979-8-88831-932-1.
13. Гепсидин як регулятор гомеостазу заліза / А. А. Левіна, Т. В. Казюкова, Н. В. Цветаєва [та ін.] // Педіатрія. – 2018. – № 87 (1). – С. 67–74.
14. Видиборець С. В. Фізіологічна роль гепсидину як центрального регулятора метаболізму заліза (огляд літератури) / С. В. Видиборець, А. О. Андріяка // Сімейна медицина. – 2017. – № 1 (69). – С. 154–157.
15. Видиборець С. Діагностична цінність трансферину на різних стадіях розвитку анемії злоякісного новоутворення у пацієнтів із ураженнями уротеліальним раком сечового міхура / С. Видиборець, Д. Борисенко // World Science. – 2019. – № 12 (52). – С. 25–31. DOI: 10.31435/rsglobal_ws/30122019/6827.
16. Видиборець С. Гепсидин, трансфери, ферити: фізіологічна роль як центральних регуляторів обміну заліза в організмі / С. Видиборець, Д. Борисенко // Science Review. – 2019. – № 10 (27). – С. 8–15. DOI: 10.31435/rsglobal_sr/30122019/6862.
17. WHO Recommendation (2020). Assessment of iron status in the human body by serum ferritin level. Geneva. Available at : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000124>.
18. Фадєєнко Г. Д. Гастроєзофагальний рефлюкс та хелікобактер пілорі / Г. Д. Фадєєнко, А. Е. Гріднєв // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – № 1 (75). – С. 93–95.
19. Changes in cholecystokinin level in patients with gastroesophageal reflux disease on the background of type 2 diabetes on the background of ursodeoxycholic acid. Abstracts of lectures and posters. Magyar Gasztroenterológiai Társaság 61 / E. Sirchak, M. Stan, J. Pichkar, N. Kurchak // Nagygyógyászat Siófok. – 2019. – No. 183. – P. 156.
20. Burdulin N. M. Influence of intravenous laser therapy on the dynamics of prostaglandins E2 and F2a and the state of microcirculation in patients with GERD / N. M. Burdulin, D. Ya. Tadtayeva // Issues of Balneology, Physiotherapy and Therapeutic Physical Culture. – 2012. – No. 6. – P. 17–20.
21. Morozov S. V. Treatment of patients with non-erosive form of gastroesophageal reflux disease. Modern view of the problem / S. V. Morozov, Yu. A. Kucherjavij // Therapist. – 2013. – No. 7. – P. 32–41.
22. M. Cicala. Proton pump inhibitor resistance, the real challenge in gastroesophageal reflux disease / M. Cicala, S. Emerenziani, M. P. Guarino, M. Ribolsi // World J. Gastroenterol. – 2013. – No. 19 (39). – P. 6529–6535.

REFERENCES

1. Kodadek, L.M., & Jones, C. (2018). Stress Gastritis and Stress Ulcers: Prevention and Treatment. *Surgical Critical Care Therapy*, 231-239. DOI: 10.1007/978-3-319-71712-8_21.
2. Weiss, G., Ganz, T., & Goodnough, L.T. (2019). Anemia of inflammation. *Blood*, 133(1), 40-50. DOI: 10.1182/blood-201806-856500.
3. Romanenko, T.G., Morozova, O.V., & Sulimenko, O.M. (2020). Prophylaktika ta likuvannya zalizodefizytnoi anemii pry bagatoplidnij vagitnosti [Prevention and treatment of iron deficiency anemia during multiple pregnancy]. *Zdorovia zhinky – Health of Woman*, 4(150), 51–56 [in Ukrainian].
4. Rukavitsyn, O.A. (Ed.). (2016). *Anemii [Anemias]*. Moskva: Geotar-Media [in Russian].
5. Rukavitsin, O.A. (Ed.). (2015). *Gematologija: nazional'noe rukovodstvo [Hematology: National Guidelines]*. Moskva: Geotar-Media [in Russian].
6. Rumjantsev, A.G. (Ed.). (2015). *Detskaja gematologija: klinicheskie rekomendazii [Pediatric hematology: Clinical recommendations]*. Moskva: Geotar-Media [in Russian].
7. Bajdurin, S.A. (2018). *Klinicheskaja gematologija: rukovodstvo dlja vrachej [Clinical hematology: A guide for doctors]*. Karaganda: «AKHP» [in Russian].
8. Greer, J.P., Arber, D.A., & Glader, B. (Eds.). (2014). *Wintrobe's clinical hematology (13th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
9. Melnyk, D.V. (2018). Vyrazkova chvoroba dvanadzyatypaloi kyshky u ditej shkilnogo viku (ogljad literatury) [Peptic ulcer disease of the duodenum in school-age children (literature review)]. *Simeina Medycyna – Family medicine*, 3(77), 125-128 [in Ukrainian].
10. Mukhin, N.A. (2016). *Anemii: kratkoje rukovodstvo [Anemias: A brief guide]*. Moskva: Geotar-Media [in Russian].
11. Novak, V.L., Masljak, Z.V., Buzerak, N.F., Berg, L.E., Primak, S.V., & Gutor, T.G. (2015). *Pokaznyky diyalnosti gematologichnoji sluzby ukrajiny v 2014 rozi [The performance of the hematology service of Ukraine in 2014]*. Lviv [in Ukrainian].
12. Vydiborets, S.V. (2022). *Metabolizm zaliza i zalizo-defizytni stany: monografija [Iron metabolism and iron deficiency states: A monograph]*. Boston: Published by Primedia eLaunch. DOI: 10.46299/979-8-88831-932-1 [in Ukrainian].
13. Levina, A.A., Kazyukova, T.V., Tsvetaeva, N.V., Sergeeva, A.I., Mamukova, Y.I., & Romanova, E.A. (2008). Gepsidin kak regulator gomeostaza zheleza [Hepcidin as a regulator of iron homeostasis]. *Pediatrics – Pediatrics*, 87(1), 67-74 [in Russian].
14. Vydiborets, S.V., & Andriiaka, A.O. (2017). Fiziologichna rol gepidyndu yak zentralnogo regulatora metabolizmu zaliza (ogljad literatury) [The physiological role of hepcidin as a central regulator of iron metabolism (literature review)]. *Simeina Medycyna – Family medicine*, 1(69), 154-157 [in Ukrainian].
15. Vydiborets, S., & Borysenko, D. (2019). Diagnostychna zinnistj doslidzhennja transferynu na riznykh stadijach rozvytku anemii zlojakisnogo novoutvorennja u pazientiv iz urutelialnym rakom setchovogo mihura [Diagnostic value of transferrin in different stages of anemia associated with malignant neoplasms in patients with urothelial bladder cancer]. *World Science*, 12(52), 1(dec), 25-31. DOI: 10.31435/rsglobal_ws/30122019/6827 [in Ukrainian].
16. Vydiborets, S., & Borysenko, D. (2019). Gepsydynd, transferyn, ferytynd: fiziologichna rol yak zentralnykh regu-

- Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
- ljatoriv obminu zaliza v organizmi [Hepcidin, transferrin, ferritin: The physiological role as central regulators of iron metabolism in the body]. *Science Review*, 10(27), 8-15. DOI: 10.31435/rsglobal_sr/30122019/6862 [in Ukrainian].
17. WHO Recommendation. (2020). Assesment of iron status in the human body by serum ferritin level. Genewa. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000124>.
18. Fadeenko, G.D., & Gridnev, A.E. (2014). Hastroezo-fahalnyy refleks ta khelikobakter pilori [Gastroesophageal reflux disease and Helicobacter pylori]. *Suchasna Gastroenterologia – Modern Gastroenterology*, 1(75), 93-95 [in Ukrainian].
19. Szircsák, E., Sztán, M., Picskár, J., & Kurcsák, N. (2019). Changes in cholecystokinin level in patients with gastroesophageal reflux disease on the background of type 2 diabetes on the background of ursodeoxycholic acid. Abstracts of lectures and posters. Magyar Gasztroenterológiai Társaság 61. *Nagygyűlése. Siófok*, 183, 156.
20. Burdulin, N.M., & Tadtayeva, D.Ya. (2012). Influence of intravenous laser therapy on the dynamics of prostaglandins E2 and F2a and the state of microcirculation in patients with GERD. *Issues of Balneology, Physiotherapy and Therapeutic Physical Culture*, 6, 17-20.
21. Morozov, S.V., & Kucherjavij, Yu.A. (2013). Treatment of patients with non-erosive form of gastroesophageal reflux disease. Modern view of the problem. *Therapist*, 7, 32-41.
22. Cicala, M., Emerenziani, S., Guarino, M.P., & Ribolisi, M. (2013). Proton pump inhibitor resistance, the real challenge in gastroesophageal reflux disease. *World J. Gastroenterol*, 19(39), 6529-6535.

FREQUENCY AND FEATURES OF LESIONS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH LYMPHOPROLIFERATIVE DISEASES AND IRON DEFICIENCY ANEMIA AND THEIR TREATMENT IN RESIDENTS OF TRANSCARPATHIA

©M. Yu. Popovych

Uzhhorod National University

SUMMARY. An urgent problem of modern clinical medicine is the treatment of patients with lymphoproliferative diseases, which are accompanied by lesions of the gastroesophageal zone, especially against the background of treatment with chemotherapeutic drugs. Among the causes of iron deficiency anemia (IDA) in adulthood, diseases of the blood from the digestive tract of the population occupy a leading place. First of all, IDA can occur as a result of long-term blood loss in erosive and ulcerative lesions of the gastroduodenal zone (EULGZ), viral disease (VD), gastro-esophageal reflux disease (GERD)

The aim – to reveal the specifics of clinical and metabolic disorders of the gastrointestinal tract in patients with various types of gastropathies against the background of lymphoproliferative diseases in the residents of mountainous and lowland regions of the Transcarpathian region in order to optimize diagnosis and treatment tactics.

Material and Methods. We examined 80 patients with lymphoproliferative diseases with various forms of gastroesophageal lesions. Patients with lymphoproliferative diseases were divided into 2 groups: group I included 40 patients with diffuse B-cell lymphoma (DBCL), and group II included 40 patients with myeloma disease (MD). All patients underwent general clinical examinations. Depending on the area of residence, the patients were divided into subgroups: patients of subgroup 1.1 (n=20) and 2.1 subgroup (n=20) were residents of highland areas, and patients of subgroup 1.2 (n=20) and 2.2 subgroup (n=20) were residents of lowland areas.

Results. The analysis of the obtained clinical picture and diagnostic data indicates that patients with lymphoproliferative diseases with gastroesophageal zone lesions living in lowland areas of Transcarpathia have worse clinical symptoms and results of additional examination methods in the form of FEGDS than patients from mountainous areas.

Conclusions. The lesion of the gastroesophageal zone in patients with multiple myeloma and diffuse B-cell lymphoma from lowland areas is clinically more often manifested by esophageal symptoms, while in patients from mountainous areas such symptoms are less common. The gastroesophageal zone lesion in the form of a gastroesophageal reflex was the most common in both study groups, regardless of the patient's place of residence. Patients living in the mountainous region, regardless of the underlying pathology, have better clinical picture and endoscopic findings compared to patients living in the lowland regions of Transcarpathia. Disorders of iron metabolism in the body of patients with EULGZ reflect the participation of compensatory and adaptive systems in the conditions of anemic hypoxia, sideropenia and metabolic intoxication, which should be taken into account in the pathogenetic substantiation of therapy.

KEY WORDS: H.pylori; upper gastrointestinal disorders (GERD, chronic gastritis, erosion, gastric ulcer and duodenal ulcer); lymphoproliferative diseases; anemia; iron; mountainous and lowland areas; Transcarpathia.

Отримано 11.11.2023

Електронна адреса для листування: sirchakliza777@gmail.com