

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ
МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ»**

(ДО 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ ЗДМУ)

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

18 – 25 КВІТНЯ 2018 р.

30 ТРАВНЯ 2018 р.

М. ЗАПОРІЖЖЯ

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету: ректор Запорізького державного медичного університету, **проф. Колесник Ю.М.**

Заступники голови: проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А.; доц. Моргунцова С.А.; доц. Компанієць В.М.; доц. Кремзер О.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., доц. Полковніков Ю.Ф.; д.мед.н., доц. Разнатовська О.М.; доц. Шишкін М.А.

Секретаріат: Підкович Н.В.; Баранова Н.В.

.....

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ЕНЗИМІВ У КРОВІ ТА СЕЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Прилипко Л. Б., Архій Е. Й.

Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет"

Вступ. На сьогоднішній день хронічний панкреатит (ХП) залишається однією із патологій шлунково-кишкового тракту, яка важко діагностується та лікується, уражає значну частку осіб працездатного віку, швидко прогресує та в кінцевому результаті приводить до розвитку екзо- та ендокринної недостатності підшлункової залози. За останні 30 років у світі зросла кількість хворих на ХП удвічі. Крім того первинна інвалідизація цих людей становить близько 15 %. Особлива увага науковців зосереджена на методах діагностики. Щороку арсенал діагностичних досліджень розширюється, що вказує на недостатню інформативність або ж доступність існуючих методів. Але, враховуючи високу вартість високоспецифічних та чутливих методів, проаналізуємо можливість та доцільність використання загальнодоступних методів діагностики ХП. **Мета дослідження:** охарактеризувати зміни вмісту ліпази у сироватці крові та амілази у крові та сечі у хворих при загостренні хронічного панкреатиту. **Матеріали та методи:** для досягнення поставленої мети нами було проведено клініко-лабораторно-інструментальне обстеження 50 пацієнтів з ознаками загострення ХП, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Хустській РЛ протягом 2017 року. Діагноз ХП встановлювали відповідно до вимог уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації (Наказ МОЗ України №638 від 10.09.2014). Клінічний діагноз базувався на основі скарг, анамнезу захворювання, результатів об'єктивного обстеження, лабораторних досліджень (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, копрограма) та результатів візуалізації з метою визначення структури підшлункової залози (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини). Середній вік обстеженого контингенту становив 51 ± 15 років. Щодо гендерного поділу, то пацієнти жіночої статі переважали у кількісному відношенні, а саме – 34 особи (68%), на противагу частка пацієнтів чоловічої статі становила – 32% (16 пацієнтів). Середня тривалість захворювання варіювала від 4 до 8 років. Контрольну групу сформували 15 практично здорових осіб, які зіставлені за віковими та статевими ознаками з основною групою. Критеріями включення у досліджувану групу були скарги на неприємні відчуття, дискомфорт чи біль різного характеру та інтенсивності у епігастральній ділянці; зміну випорожнень (проноси чи закрепи або ж чергування проносів із закрепями, наявності стеатореї, креатореї, амилореї), ознаки зміни структури підшлункової залози відповідно до результатів ультразвукового обстеження. Обов'язковою умовою була наявність інформованої згоди пацієнтів на участь у дослідженнях. При поступленні на стаціонарне лікування визначали вміст ензимів у досліджуваній групі пацієнтів, використовуючи наступні методи: для вимірювання активності амілази у крові та сечі – метод Каравея, для визначення концентрації ліпази у крові – ферментативно-колориметричний метод. Крім того, вимірювали концентрацію креатиніну у крові та сечі кінетичним методом Яффе з пікриновою кислотою. **Отримані результати.** Щодо вмісту амілази в крові та сечі ми отримали наступні результати: у сироватці крові хворих при загостренні ХП концентрація амілази становила $27,9 \pm 3,8$ мг/год мл, у обстежених контрольної групи – $26,1 \pm 3,3$ мг/год мл ($p=0,01$). Рівень амілазури у пацієнтів основної групи становив $123,1 \pm 38,5$ мг/год мл, на противагу у практично здорових осіб концентрація амілази в сечі дорівнювала $60,3 \pm 14,7$ мг/год мл ($p<0,05$). Враховуючи те, що гіперамілазурія може бути викликана гострим панкреатитом або загостренням хронічного панкреатиту, а також іншими позапанкреатичними причинами, ми визначали індекс амілазо-креатинінового кліренсу, який при запальному ураженні ПЗ перевищує 1-2,5%. У обстеженої групи пацієнтів він дорівнював $2,6 \pm 0,57$ %, що є вищим норми (у здорових осіб він становив $1,02 \pm 0,09$ % ($p<0,05$)). Останній показник є більш чутливим та специфічним індикатором запального ураження підшлункової залози, ніж вимірювання концентрації амілази у сечі. Визначаючи вміст ліпази у сироватці крові, ми отримали наступний результат – $54,2 \pm 30,4$ Од/л, при чому найменша концентрація становила 11,2 Од/л, а найбільша досягала 220 Од/л, що вказує на значні коливання даного показника. У практично здорових осіб рівень ліпази у сироватці крові дорівнював $37,9 \pm 11,8$ Од/л. ($p=0,049$). Наші дослідження не знайшли кореляційного зв'язку між важкістю загострення ХП та збільшенням рівня ліпази чи амілази у крові. Хоча гіперамілазурія частіше визначалася у пацієнтів із вираженою клінічною симптоматикою, що підтверджує стійкішу та тривалішу активність даного ензиму у сечі.

Висновки:

1. Вище наведені результати ще раз доводять неоднозначність трактування змін активності протеаз у крові та сечі при загостренні ХП.
2. Тож, визначення ензимів у крові чи сечі не може бути методом вибору для підтвердження діагнозу загострення ХП при можливості застосування більш чутливих та специфічних методів діагностики.
3. При неможливості застосування високочутливих методів діагностики рекомендовано використовувати різні засоби підвищення інформативності, як от амілазо-креатинінового коефіцієнта або ж визначення панкреатичної ізоамілази.

ПЛОЩИННА БЛОКАДА ЯК КОМПОНЕНТ РАНЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЛАПАРОТОМНИХ ВТРУЧАНЬ

Пришвицина Я. В., Софілканич М. М.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Після хірургічних втручань хворі відчувають значний больовий синдром, що пов'язаний з розсіченням передньої черевної стінки, тому адекватне ведення післяопераційного періоду є важливою задачею для кожного хірурга. Більшість спеціалістів з метою знеболення застосовують опіоїдні анальгетики або нейроаксіальні блокади, що призводять до таких побічних реакцій, як нудота, блювання, свербіж шкіри, затримка сечі, закрепи, пригнічення дихання тощо. Методики регіональної анестезії передньої черевної стінки, а саме площинна блокада, надають відмінну післяопераційну аналгезію, знижують потребу у опіоїдах, дозволяють пацієнтові вільно та безболісно дихати і кашляти, а також сприяють ранній мобілізації пацієнтів та виписці зі стаціонару. Метод вперше був описаний американським вченим A.N. Rafi, а у подальшому розвинутий багатьма дослідниками. Зараз вважається, що ТАР-блок є ефективним та безпечним методом післяопераційної аналгезії при будь-яких операціях на черевній порожнині, та деякі автори пропонують впровадити його як «золотий стандарт» в абдомінальній хірургії. **Мета** – оцінити ефективність ТАР-блока (Transversus Abdominis Plane Block), виконана під ультразвуковий контроль, в перші 24 години після операцій. **Матеріали та методи** – У дослідженні взяли участь 36 пацієнтів віком від 44 до 68 років, II ASA, які були