

*ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ФІТОТЕРАПІЇ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ ТЕРАПІЇ*

**ЗАКАРПАТСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ТА ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ І НАУКИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОДА**

*СЛОВАЦЬКИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ В НІТРІ
ІНСТИТУТ ЗБЕРЕЖЕННЯ БІОРИЗНОМАНІТТЯ В НІТРІ*

**УЖГОРОДСЬКИЙ ТОРГОВЕЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ
КИЇВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО ТОРГОВЕЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ**

МІЖНАРОДНИЙ ІНСТИТУТ ЛЮДИНИ І ГЛОБАЛІСТИКИ «НООСФЕРА»

САНАТОРІЙ «КВІТКА ПОЛОНІНИ»

Сучасні аспекти збереження здоров'я людини

**ЗБІРНИК ПРАЦЬ
XII МІЖНАРОДНОЇ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

(12-13 квітня 2019 року)

**УЖГОРОД
2019**

УДК 618.2 (075.8)

*Рекомендовано до друку
Вченою радою ДВНЗ "Ужгородський національний університет"
(протокол №4 від 21 березня 2019 р.)*

За редакцією проф. **Ганича Т.М.**

Голови редколегії:

О.М. Ганич – заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор, директор НДІ фітотерапії ДВНЗ "УжНУ"

Т.М. Ганич – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри факультетської терапії медичного факультету ДВНЗ "УжНУ"

Члени редколегії:

проф. Гаврилко П.П.

доц. Бриндза Я.

проф. Ганич М.М.

доц. Лукша О.В.

засл. лікар України Ганинець П.П.

н.с. Скаканді С.І.

Автори опублікованих робіт несуть повну відповідальність за зміст і ілюстративний матеріал.

Сучасні аспекти збереження здоров'я людини: збірник праць XII Міжнародної міждисциплінарної наук.-практ. конф. / За ред. проф. Т.М. Ганича. – Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2019. – 429 с.

Збірник праць конференції охоплює новітні науково-практичні матеріали про підтримання здоров'я людини в сучасних умовах, а саме - оздоровлення населення природними засобами, зокрема, лікувальними травами, забезпечення адекватного харчування, якісної питної та мінеральної води, подолання йододефіциту, використання сучасних агротехнологій для збереження і збагачення біорізноманіття природи, актуальні питання лікування поєднаної патології.

На всі роботи одержано фахові рецензії.

ISBN 978-617-7333-78-3

© ДВНЗ «УжНУ», 2019

© УТЕІ КНТЕУ, 2019

5) Nesignifikantné rozdiely rádioimunologických parametrov boli aj medzi vzorkami odobranými po HD z telového a mimotelového obehu.

Z našich **výsledkov** vyplýva, že:

1) hodnoty rádioimunoanalytických tyreodálnych u pacientov v DHP sú často v hypotyreóznjej oblasti oblasti aj u eutyreóznnych chorých, avšak časť pacientov (v našom súbore cca 20 %) má aj iné klinické známky hypotyreózy, ktoré sú často pripisované na vrub“uremických“ príznakov.

2) zmeny rádioimunologických parametrov funkcie štítnej žľazy v priebehu HD sú zrejme dané jednak metabolickým vplyvom samotnej hemodialýzy, jednak vplyvom pri nej aplikovanom heparínu.

SUMMARY

SOME THYROID FUNCTION PARAMETERS IN REGULAR HEMODIALYSIS PATIENTS

Košlík Š.

This work investigates the function of thyroid gland in patients which receive hemodialysis due to the renal insufficiency. We mark the tendency to decrease thyroid function during the procedure.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ЗАПАЛЕННЯМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Архій Е. Й., Прилипко Л. Б.

*ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, Ужгород, Україна
e-mail: lyubka@gmail.com*

Актуальність проблеми. Хронічний панкреатит (ХП) належить до групи захворювань, які характеризуються широким спектром клінічних проявів та терапевтичних ускладнень. Звичайно, що у випадку хронічного запалення підшлункової залози (ПЗ), для пояснення цього феномену існує ряд причин. Перш за все, це обумовлено особливостями анатомічного розташування ПЗ та функціональними особливостями (комбінацією екзо- та ендокринної функцій) [5]. Не дивлячись на труднощі в діагностичному процесі та появу новітніх діагностичних методів, для встановлення діагнозу ХП першочерговим і надзвичайно важливим залишається ретельний збір скарг, анамнезу захворювання, анамнезу життя та об’єктивне обстеження пацієнтів.

Не зважаючи на поліморфізм клінічної картини, при класичному фазово-прогресуючому варіанті перебігу хронічного запалення ПЗ, ключовим залишається абдомінальний больовий синдром, поява якого примушує пацієнтів звертатися за медичною допомогою [1]. Виникнення болю у випадку загострення ХП спричинено кількома причинами, а саме: підвищенням внутрішньопротокового та тканинного тиску у залозистому органі, зміною ряду метаболічних процесів, набряком тканини ПЗ, периневральним запаленням та

розвитком фіброзних змін [2]. F. M. Drewes та співавт. (2017) підкреслюють, що для больового синдрому при ХП характерна варіабельність появи болю по частоті, інтенсивності та тривалості в різні періоди ХП, залежно від функціонального стану ПЗ, наявності чи відсутності ускладнень, а також іррадіація болю у найближчі органи [4]. Важливо відмітити, що зникнення больового відчуття при тривалому перебізі ХП може свідчити про формування вираженої зовнішньосекреторної недостатності ПЗ [3, 6].

Мета дослідження: визначити характерні особливості абдомінального больового синдрому у пацієнтів на хронічний панкреатит.

Методи дослідження: для досягнення встановленої нами мети було здійснено загальноклінічне обстеження 102 хворих на ХП, які перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні Хустської районної лікарні протягом 2017-2018 років. Середній вік обстеженого контингенту пацієнтів становив 51 ± 10 років. При розподілі за статевою ознакою виявлено незначне переважання пацієнтів жіночої статі (56 %) проти хворих чоловічої статі (44 %). Середня тривалість хронічного ураження ПЗ коливалася від 4 до 10 років.

Крім рутинних методів діагностики, з метою оцінки екзокринної функції ПЗ було здійснено вимірювання еластази-1 у калі імуноферментним аналізом ELISA (Pancreatic Elastase 1 Stool Test) із діагностичним тестовим набором (виробник – ScheBo Biotech AG, Німеччина)

Для оцінки вираженості абдомінального больового синдрому використовували 10-бальну візуально-аналогову шкалу, запропоновану J. J. Vonica (1990 р.).

Результати дослідження. При первинному обстеженні пацієнтів у всіх спостерігався досліджуваній нами симптом – абдомінальний біль. Перш за все було проведено визначення локалізації больових відчуттів у черевній порожнині. Більшість обстежених (71 хворий – 69,6%) вказували на епігастральну ділянку, 31 (30,4%) – на ліве підребер'я. Іррадіація болю була досить різнонаправленою

Поширення болю по типу “лівого напівпоясу” визначалася у 23 (22,5%), “правого напівпоясу” – у 7 (6,9%) та “повного поясу” – у 48 (47,1%) обстежених. Частка пацієнтів, у яких домінували обмежені, чітко локалізовані больові відчуття становила 23,5% (24 хворих). Характер та інтенсивність болю представлені різними рівнями та значеннями. Частина пацієнтів ідентифікували больові відчуття, як перманентний ниючий дискомфорт у черевній порожнині з періодичними посиленнями (n=41 (40,2%), 18 пацієнтів вказували на

біль пекучого характеру (17,6%), 30 – ріжучого (29,4%), а у 13 (12,7%) відмічалися больові відчуття різного характеру. Крім того, важливо відмітити, що біль періодичного характеру спостерігався у 53 хворих (51,9%), а постійного – у 49 (48,1%).

Аналізуючи отримані результати візуально-аналогової шкали болю, встановлено, що больових відчуттів слабкої інтенсивності (в межах від 1 до 3 балів) пацієнти досліджуваної вибірки не відмічали. Біль середньої інтенсивності (4-6 балів) виявлено у більшій частини хворих при загостренні ХП (55 осіб – 53,9%). І больові відчуття великої інтенсивності (7-9 балів) зафіксовано у 47 пацієнтів (46,1%). Оцінку болю у 10 балів не було виявлено у жодній із заповнених анкет.

При пошуку етіологічних факторів появи та активації больових відчуттів, виявлено, що 57 пацієнтів (55,9%) пов'язували посилення болю із вживанням їжі, особливо смаженої, копченої, жирної (10,7%), свіжовипечених хлібобулочних виробів, газованих напоїв, напівфабрикатів. Зважаючи на це, у 27 хворих (26,5%) спостерігалася ситофобія. Крім цього, пацієнти відмічали посилення болю при зміні положення тіла (36,3%) та лежачи на спині (79,4%). Дещо полегшувало больові відчуття положення сидячи з нахилом уперед та перебування на лівому боці у горизонтальному положенні з підведеними до тулуба ногами. Крім того, для зменшення болю частина хворих (26,4%) вживали спазмолітики, анальгетики та/або ферментні препарати, але використання вищеназваних препаратів давало нетривалий ефект, що в кінцевому результаті все-таки змушувало пацієнтів звертатися за спеціалізованою медичною допомогою.

При поверхневій пальпації черева відмічалася болочість і деяке напруження м'язів передньої черевної стінки у 72 хворих (70,6%), натомість при глибокій пальпації на наявність болю вказували усі обстежені пацієнти. Щодо локалізації больових відчуттів, то вони співпадали із вищенаведеними результатами суб'єктивного обстеження. Додатковими пальпаторними симптомами, які вказували на ураження ПЗ були болочість у точці Дежардена – у 31 (30,4%), у точці Мейо-Робсона – у 26 (25,5%), у ділянці Шофара – у 32 (31,4%) та у зоні Губергріца-Сульського – у 68 (66,7%) пацієнтів. При проведенні глибокої методичної пальпації черева за Образцовим-Стражеско у 7 (6,9%) хворих пальпувалася ПЗ у вигляді щільного, болючого тяжа, який розміщувався на 4-5 см вище пупка. У решти пацієнтів підщлюнкова залоза не пальпувалася.

Важливим елементом дослідження було виявлення статистично значимого негативного слабкої сили кореляційного зв'язку між вираженістю больових відчуттів, відповідно до показників візуально-аналогової шкали, та тривалістю ХП ($r = -0,27$, $p = 0,03$).

Таким чином, результати наших спостережень співпадають із твердженням медичної наукової спільноти щодо провідного значення більового синдрому у клініці хронічного панкреатиту.

Висновки:

1. У пацієнтів із встановленим діагнозом ХП абдомінальний більовий синдром реєструвався у всіх обстежених.

2. У переважної частини пацієнтів більові відчуття характеризувалися ниючим характером, хвилеподібним перебігом, інтенсивністю середньої сили, з епіцентром у епігастральній ділянці та іррадіацією по типу “повного поясу”.

3. Встановлено, що інтенсивність болю обернено пропорційно залежить від тривалості захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабінець Л. С. Хронічний панкреатит: діагностика і лікування, алгоритми динамічного спостереження лікарем загальної практики-сімейної медицини на засадах доказової медицини / Л. С. Бабінець // Здоров'я України. Гастроентерологія. Гепатологія. Колопроктологія – 2012. – № 1 (23). – С. 61-63.
2. Прославленко К. О. Абдомінальний біль у загальнотерапевтичній практиці: етіопатогенез та діагностика / К. О. Прославленко, А. С. Шалімова // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2011. – № 5-6. – С. 51-56.
3. Bouwense S. A. Systematic mechanism-orientated approach to chronic pancreatitis pain / S. A. Bouwense, M. De Vries, L. T. Schreuder [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2015. – Vol. 21, N 1. – P. 47-59.
4. Drewes F. M. Guidelines for the understanding and management of pain in chronic pancreatitis / F. M. Drewes, S. A. W. Bouwense, C. M. Campbell [et al.] // Pancreatology. – 2017. – Vol. 17, N 5. – P. 720-731.
5. Layer P. The different courses of early- and late-onset idiopathic and alcoholic chronic pancreatitis / P. Layer, H. Yamamoto, L. Kalthoff, J.E. Clain, L.J. Bakken, E.P. DiMagno // Gastroenterology. — 1994. — 107. — 1481-7.
6. Poulsen J. L. Pain and chronic pancreatitis: a complex interplay of multiple mechanisms / J. L. Poulsen, S. S. Olesen, L. P. Malver [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 19, N 42. – P. 7282-7291.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PAIN SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATION OF PANCREAS

Archij E. J., Prylypko L.B.

Chronic pancreatitis is extremely polymorphic in its manifestations, but the leading complaint in all patients remains abdominal pain. The result of the study is confirmation of the predominance of pain syndrome in the clinical course of chronic pancreatic inflammation in the patients we examined.