



Нами проведено аналіз залежності вираженості запальних реакцій та функціональної активності деяких органів і систем з варіантами генів, що кодують ці процеси ( гени інтерлейкіну  $1\beta$  -511C/T та SERT).

Встановлено прямо пропорційну залежність між розповсюдженістю запального процесу по очеревинній порожнині і концентрацією в крові прозапального інтерлейкіну  $1\beta$  (IL $1\beta$ ), синтез якого залежить від варіанту гена IL $1\beta$  (-511C/T). Найнижчий його рівень виявлено при CC варіанті, вірогідно вищий – при CT та найвищий – при TT варіанті. Встановлено, що у 98% пацієнтів з місцевим перитонітом, який не мав тенденції до прогресування, спостерігався CC варіант з низькою концентрацією IL $1\beta$ . У 75 % пацієнтів з перитонітом, який неспинно прогресував, виявлено TT чи CT варіанти цього гену та зумовлена ними висока концентрація IL $1\beta$ , що дозволяє визнати ці варіанти несприятливими чинниками перебігу перитоніту.

З врахуванням генотипу визначаємо лікувальну тактику: у пацієнтів зі сприятливим (CC) варіантом достатньо стандартних методик операційного втручання та післяопераційного лікування. У пацієнтів з несприятливим (TT чи CT) варіантом лікувальна тактика повинна враховувати тенденцію до неконтрольованого розповсюдження запального процесу і бути спрямованою на попередження виникнення ускладнень. Інтраопераційні заходи у таких пацієнтів повинні включати, окрім стандартних, промивання очеревинної порожнини антицитокіновими препаратами з подальшим використанням методів пролангрованої санації та локальної антицитокінової терапії; додаткове дренирування прогнозовано проблемних ділянок; розширення показань до використання запрограмованих повторних санацій очеревинної порожнини.

Для відновлення функції кишечника слід враховувати варіанти гену SERT, які регулюють активність серотоніну і його вплив на скоротливу здатність кишки. Так, при LL варіанті цього гену, який забезпечує високу активність серотоніну, стандартна терапія є достатньо ефективною. При LS та, особливо, SS варіантах через недостатню його активність слід розширити показання до інтубації кишечника, формування стом, застосовувати розроблені методи локального підведення серотонінергічних препаратів. Такий персоналізований підхід до вибору лікувальної тактики дозволяє призупинити прогресування запального процесу по очеревинній порожнині навіть за умови несприятливої генетичної детермінації, попередити виникнення прогнозованих ускладнень, значно покращити результати лікування пацієнтів, знизити летальність.

Таким чином, персоналізований підхід до лікування пацієнтів з гострим перитонітом з врахуванням генетичних предикторів характеру і вираженості патологічних процесів дозволяє значно покращити результати лікування.

**Хомко О.Й.**

### **АКТИВНІСТЬ АМІНОТРАНСФЕРАЗ ПЛАЗМИ ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ПРИ АБДОМІНАЛЬНОМУ СЕПСИСІ ТА СИНДРОМІ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Буковинський державний медичний університет*

Абдомінальний сепсис (АС) вважається одним з найважливіших різновидів хірургічного сепсису. Водночас, окремі питання етіології, патогенезу, танатогенезу АС, профілактики та лікувальної тактики при цій важливій патології залишаються недостатньо визначеними. Літературні джерела вказують на порушення ферментного гомеостазу при АС, як одну з важливих складових його патогенезу. З цієї позиції амінотрансферази можуть виступати в ролі як маркерів цитолітичного синдрому, так і активаторів катаболічних механізмів обміну речовин.

Метою дослідження було - встановити загальні закономірності змін активності амінотрансфераз при абдомінальному сепсисі та синдромі системної запальної реакції (ССЗР). Об'єктом дослідження були 52 хворих на різні форми абдомінального сепсису, віком



18-69 років (41,93±3,47). Контрольну групу склали 17 пацієнтів, яким виконувались планові оперативні втручання не пов'язані з очеревинною порожниною. SIRS-2 (наявність 2-х симптомів SIRS) діагностували у 9 (17,31%) хворих (1-ша група), SIRS-3 у 25 (48,08%) – 2-га група, SIRS-4 у 18 (34,62%) – 3-тя група. Усім хворим проводилось комплексне уніфіковане лікування, що включало передопераційну підготовку, обов'язкове оперативне втручання та комплексне післяопераційне лікування. Загальна летальність складала 17,31%, з них 1 хворий (11,11%) – з 1-ї групи, 2 (22,22%) – з 2-ї та 6 хворих (66,67%) – 3-ї. Активність аспаратамінотрансферази (АСТ) та аланінамінотрансферази (АЛТ) проводилось апаратним методом.

Розвиток та перебіг абдомінального сепсису супроводжується суттєвими змінами ферментних систем, зокрема активності амінотрансфераз, що є одним з патогенетичних маркерів розвитку поліорганної дисфункції при АС та має бути врахованим при виборі лікувальної тактики. Коефіцієнти кореляції між активністю АСТ та АЛТ у відповідних групах становили: 0,26 (контроль), 0,943 (1-ша група), -0,14 (2-га група) та 0,30 (3-тя група). Міжгрупові (порівняння з контролем) корелятивні співвідношення для АЛТ характеризувались наступними показниками  $r$ : 0,64, -0,07 та -0,39 відповідно для 1-ї, 2-ї та 3-ї груп, а для АСТ характерними були відповідні  $r$ : -0,28, 0,80 та 0,17. Оцінюючи післяопераційну динаміку ферментативної активності крові з точки зору органоспецифічності ферментів, слід відмітити вірогідно високі (у порівнянні з контролем) рівні активності АЛТ і АСТ у всіх хворих з АС, що вказує на розвиток цитолітичного синдрому з виходом у кров внутрішньоклітинних ферментів, а коливання показників всередині груп та відсутність певних чітко виражених тенденцій, вірогідно обумовлені поєднанням механізмів альтерації та компенсації.

Отже, відносно низькі показники активності амінотрансфераз у хворих з важким сепсисом порівняно з більш легкими його формами (SIRS-2,3) можна пояснити надмірною активацією протеолітичних систем, що характерно для АС. Встановлені зміни активності амінотрансфераз слід враховувати при виборі терапії метаболічних порушень при АС.

**Яцків В.В.**

## **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ТА ВИДАЛЕННЯ РЕНТГЕН НЕКОНТРАСТНИХ СТОРОННІХ ТІЛ ПРИ ПРОНИКАЮЧИХ ПОРАНЕННЯХ ГРУДНОЇ КЛІТКИ**

*Кафедра хірургії № 1*

*Буковинський державний медичний університет*

Актуальність досліджень методів діагностики та хірургічного лікування проникаючих поранень грудної клітки обґрунтовується високою частотою останніх – 40% випадків усіх травм, які у 50% являються летальними (Макаров А.В., Гетьман В.Г., Десятерик В.І. та ін. - Торакальна травма. - Кривий Ріг: СП "Міра", 2005.-234с.). У доступній літературі опубліковані описи поодиноких випадків застосування вульнероскопії, зокрема, для діагностики та видалення гематом м'яких тканин (Джусоев І.Г. Современные особенности диагностики и лечения колото-резаных ран груди и живота: автореф. дис. к.м.н. - СПб., 2004.- 21с.). Така ситуація має цілком логічне пояснення: більшість пацієнтів з масивними проникаючими пораненнями декількох анатомічних областей, у яких є доцільним застосування вказаного методу діагностики та лікування, помирають на місці настання травми, або вимагають негайних оперативних втручань за життєвими показами з мінімумом обстежень в операційній на фоні інтенсивної терапії.

Даних про відеоендоскопічну діагностику через раньовий канал, обґрунтованих показів та методик видалення рентген неконтрастних сторонніх тіл при проникаючих пораненнях грудної клітки в доступній літературі нами не знайдено. В.А.Беленький, Р.Н.Михайлуков, В.В.Негодуйко описали використання локального лазерного опромінення через раньовий канал для діагностики та видалення сторонніх тіл. Рентген неконтрастні сторонні тіла за допомогою вказаного способу виявлялись у 3,95% випадків.

Нами запропоновано спосіб діагностики та видалення сторонніх рентген неконтрастних