



Ротар В.І., Ротар О.В.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ І ПРОГНОЗУ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ ЗА ШКАЛОЮ BISAP І APACHE II

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Захворюваність на гострий панкреатит (ГП) в Україні, як і в усьому світі, постійно росте і складає 102 на 100 000 населення, а загальна летальність коливається від 4% до 15%. У переважній більшості (80%) випадків спостерігається легкий перебіг ГП, летальність становить 0,2-3%, а при некротичній формі гострого панкреатиту (НП) летальність підвищується до 70% у результаті розвитку органної недостатності (ОН). Висока частота розвитку ОН при тяжких формах НП робить проблему хірургічного лікування даної патології і в теперішній час особливо актуальною. Мета. Провести порівняльну оцінку ефективності існуючих шкал для ранньої діагностики розвитку ОН і прогнозу летальності хворих НП.

Обстежено 113 пацієнтів з гострим НП, що поступали на лікування в ЛШМД. Для визначення ризику розвитку ОН і прогнозу летальності при госпіталізації в перші 24-и години використали шкалу BISAP (Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis) і APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II). Шкала BISAP враховує шість показників: вік пацієнтів >60 років, гематокрит >50% , креатинін плазми крові >170 мкмоль/л, рівень свідомості за ШКГ <15 балів, наявність не менше 2-х із 5-ти ознак синдрому системної запальної відповіді, наявність плеврального випоту (ПВ) за даними УЗ-дослідження або рентгенографії. Кожний критерій оцінювався в один бал. Шкала APACHE II включає 12 перемінних фізіологічних показників, вік пацієнтів, анамнез. Результати. Тяжкий НП діагностований в 50 (44%) пацієнтів із постійною ОН і локальними проявами панкреатиту, середньої тяжкості – у 63 (56 %) хворих з транзиторною ОН і системними ускладненнями за шкалою APACHE II і, відповідно, 46 (40,7%) і 67 (59,3%) за шкалою BISAP. Різниця оцінки тяжкості НП невірогідна ($p > 0,05$). Померли 31 (27,4%) особа із 113 хворих на НП. Висновки. Бальна шкала APACHE II об'єктивно оцінює тяжкість стану і прогноз летальності пацієнтів на ГП, хоча розрахунок шкали проводиться тільки в кінці першої на початку другої доби після госпіталізації хворих, але для її розрахунку потрібно враховувати стан хронічного здоров'я, що не завжди можливо (відсутність свідомості, інтубація трахеї, ШВЛ), і лабораторне визначення газового вмісту кисню в артеріальній крові.

Таким чином, для розрахунку бальної шкали BISAP, на відміну від шкали APACHE II, використовуються тільки ті клінічні і лабораторні показники гомеостазу, що визначаються протягом декількох годин у першу добу госпіталізації, їх дослідження доступні для лікарень любого рівня, і дозволяють прийняття найбільш оптимальної хірургічної тактики лікування хворих на гострий некротичний панкреатит у ранню фазу захворювання при госпіталізації.

Ткачук О.В., Повар М.А.

ЗМІНИ ФІБРИНО- І ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ В ПЕЧІНЦІ ТА СЕЛЕЗІНЦІ ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ДІАБЕТОМ, УСКЛАДНЕНИМ НЕПОВНОЮ ГЛОБАЛЬНОЮ ІШЕМІЄЮ-РЕПЕРFUZІЄЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Роль протеолітичних ферментів у захисті клітин від несприятливих умов, а саме окиснювального стресу та гідролізування надзвичайно важлива. У свою чергу, саме утворення кінцевих продуктів глікозильовання (КПГ) вважається однією з головних причин ускладнень цукрового діабету (ЦД). Крім того, моноцити й ендотеліальні клітини можуть взаємодіяти з КПГ через їх рецептори, що посилює секрецію цитокінів і медіаторів запалення цими клітинами, що, в свою чергу посилює фіброз екстрацелюлярного матриксу. Глікозильовані білки резистентні до протеаз, що вкупі з порушенням за умов ЦД протеасомної активності сприяє накопиченню модифікованих білкових агрегатів.

Порушення в системі протеази-антипротеази та зміни фібринолітичної активності виникають також при ішемічно-реперфузійних пошкодженнях, однак дослідження стану протео- та фібринолітичних параметрів у печінці та селезінці при ускладненні ЦД ішемією-реперфузією головного мозку досі не проводиться.

Метою нашої роботи було дослідити ранні та відстрочені ефекти двобічної каротидної ішемії на показники протео- та фібринолітичної активності в печінці і селезінці щурів зі стрептозотоцин-індукованим ЦД.

ЦД моделювали внутрішньочеревним введенням стрептозотоцину (Sigma, США, 60 мг / кг маси) білим самцям щурів віком два міс. Через чотири міс. у частини тварин із ЦД та в контрольних щурів такого ж віку моделювали двобічну каротидну ішемію-реперфузію шляхом кліпсування обох загальних сонних артерій протягом 20 хв. Для вивчення ранніх наслідків ішемії-реперфузії частину тварин виводили з експерименту через одну год. від початку реперфузії, а відстрочених – на 12-ту добу. У гомогенатах селезінки визначали вміст дієнових кон'югатів (ДК), малонового альдегіду (МА), продуктів окиснювальної модифікації білків (ОМБ) нейтрального й основного характеру, вміст метаболітів оксиду азоту. Стан антиоксидантного захисту оцінювали за активністю супероксиддисмутази (СОД), каталази (КТ) та глутатіонпероксидази (ГПО). Цифрові дані опрацьовано за допомогою пакета прикладних програм «Statistica» («Statsoft», США). За тестом Шапіро-