

Матеріали та методи. Для реалізації мети був проведений аналіз 980 медичних карт стаціонарних хворих із деструктивними формами гострого апендициту, які лікувались у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні в період із 2005 по 2018 рік. Групою дослідження були пацієнти від 1,5 до 18 років.

Результати. Відсоток оперованих дітей із деструктивними формами гострого апендициту виявився близьким серед хлопчиків і дівчаток та прямував до рівноважного значення. У 55,3 % випадків від деструктивних форм гострого апендициту страждали хлопчики, у дівчат вищезгадані форми даної патології були виявлені в 431 особи — 44,7 %. Слід зазначити, що звернення до лікаря частіше здійснювали батьки дівчаток у зв'язку з усвідомленням небезпеки щодо можливих ускладнень з боку репродуктивної функції в майбутньому. Потрібно відмітити позитивну роботу лікарів області, особливо з пацієнтами жіночої статі, щодо диференціальної діагностики в таких пацієнтів.

Висновки. Проведене гендерне дослідження пацієнтів дитячого віку з приводу деструктивних форм гострого апендициту серед мешканців Вінницької області свідчить, що розподіл захворювання серед хлопчиків і дівчаток близький до 50 %. Проте для запобігання проблем із дітородною функцією в дівчат у майбутньому і надалі необхідно впровадження нових методів діагностики та лікування, проведення заходів, що будуть підвищувати медичну освіченість населення.

Коробко А.Р.

КЗВО «Рівненська медична академія» РОР,
м. Рівне, Україна

Тернопільський національний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

С-реактивний білок, прокальцитонін як прогностичні показники інфекційного ураження підшлункової залози

Актуальність. Як відомо, плазмовий прокальцитонін (ПКТ) є високоспецифічним маркером бактеріальної інфекції та сепсису, а С-реактивний білок (СРБ) — маркером запалення. Щодо гострого панкреатиту, то це небактеріальний запальний стан підшлункової залози, який зустрічається в більшості пацієнтів. У близько 20–30 % розвивається тяжка форма, що часто пов'язана з інфікуванням та дисфункцією одного або декількох органів, що вимагає інтенсивної терапії. Інфікування панкреонекрозу та перипанкреатичного некрозу зустрічається приблизно у 20–40 % пацієнтів із тяжким гострим панкреатитом і пов'язане з погіршенням дисфункції органів.

Мета: провести аналіз діагностичної ефективності прокальцитоніну та С-реактивного білка залежно від форми гострого панкреатиту та встановити кореляційний зв'язок.

Матеріали та методи. Дослідження проводилися на базі центру лікування гострого деструктивного панкреатиту Рівненської обласної клінічної лікарні. Об'єктом

дослідження були 50 пацієнтів із гострим панкреатитом, діагноз якого був встановлений на основі клініко-анамнестичних даних. Рівні С-реактивного білка та прокальцитоніну визначалися за допомогою імуноферментного аналізу. Дослідження проводилися шляхом порівняльного аналізу значень СРБ і ПКТ та їх кореляційного зв'язку із запальним ураженням підшлункової залози.

Результати. Серед обстежених (n = 50) було 36 чоловіків і 14 жінок. Середній вік становив $(44,57 \pm 10,64)$ року. Лише 38 % пацієнтів надійшли в перші 48 годин захворювання. Аналіз клініко-морфологічного діагнозу показав, що у 31 (62 %) хворого був виявлений гострий панкреатит, у 19 (38 %) — інфікований панкреонекроз. Було встановлено, що рівень прокальцитоніну швидко підвищується у відповідь на прозапальний подразник бактеріального походження: чутливість та специфічність ПКТ для гострого панкреатиту становили 0,71 та 0,84. Чутливість та специфічність ПКТ для прогнозування інфікованого некрозу підшлункової залози становили 0,79 та 0,90 (рівень ПКТ > 3,6 нг/мл). У той же час рівень СРБ також підвищується у відповідь на запалення, проте чутливість та специфічність СРБ до інфекційного ураження тканин підшлункової залози були статистично менш значущими: для гострого панкреатиту становили 0,65 та 0,45, а для інфікованого панкреонекрозу — 0,7 та 0,52 відповідно.

Висновки. Установлений сильний кореляційний зв'язок рівня ПКТ ($r = 0,75$) та середній кореляційний зв'язок вмісту СРБ ($r = 0,5$) відповідно до інфекційного ураження тканин підшлункової залози.

Косинський О.В., Бузмаков Д.Л.

ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна

Постхолецистектомічний синдром: медичні і соціальні аспекти обмеження життєдіяльності

Мета: вивчити ефективність методу визначення основних медичних і соціальних аспектів обмеження життєдіяльності у хворих з інвалідизуючими наслідками хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби за доменами Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (МКФ).

Матеріали та методи. У роботі обстежені 108 хворих, які мали групу інвалідності із діагнозом «постхолецистектомічний синдром» (ПХЕС). В 11,1 % (12) хворих на ПХЕС була II група, а III група — у 88,8 % (96) пацієнтів. Жінок було майже у 2,5 раза більше, ніж чоловіків (70,3 та 29,6 %). У віковій категорії 51–70 років частота ускладнень холелітіазу була вищою в чоловіків, ніж у жінок, — 76,3 % (58) і 46,8 % (15 осіб), $P < 0,05$. В обох гендерних групах переважали особи працездатного віку (31–60 років), із середньою тяжкістю праці в анамнезі — 69 (63,8 %) пацієнтів, супутню патологію діагностували у 97 (89,8 %) хворих. Медичні та со-

ціальні аспекти обмеження життєдіяльності оцінювали за доменами МКФ. Застосовували показник негативної шкали зі ступенем 0 (0–4 %) — немає, до 4 (96–100 %) — абсолютні. Отримані показники статистично оброблялися для визначення вірогідності їх змін.

Результати. За даними експертних справ, основними причинами інвалідності при ПХЕС були посттравматичні стриктури жовчовивідних шляхів і резидуальний холелітіаз — 75,9 % (82 пацієнти). Для ПХЕС домени b2-280-289 визначали середні показники на 45 % нижчими при кількості більше ніж 2 операції до визначення групи, $P < 0,05$. Показники домену b535-539 у всіх обстежених визначали порушення перетравлення, у 49,1 % (53) випадків — як «значимі» (25–49 %), у 25 % (27) — «високі, інтенсивні» (50–95 %) та у 25,9 % (28 інвалідів) — як «повні» (96–100 %). Оцінка за доменами b540-548 (загальні метаболічні функції): були «значимі» в 23,1 % (25) випадків, «високі, інтенсивні» — у 61,1 % (66) і як «повні» — у 17,6 % (19) пацієнтів. Регуляція водного, мінерального і електrolітного балансу (домен b545-549) визначалася як «інтенсивно» порушена у 65,7 % (71) інвалідів, а у 9,3 % (10) пацієнтів — як «повне» порушення. Схожі тенденції визначались і за показниками соціальних доменів: робота (d810-d839), економічне життя (d860-d879), зайнятість (d840-d859).

Висновки. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я дозволяє кількісно, всебічно оцінити медичні і соціальні аспекти обмежень у хворих при ПХЕС. Цей підхід при оцінці дозволить оптимізувати обсяги оперативного й консервативного лікування та оцінити реабілітаційні заходи із прогнозуванням розвитку тривалої тяжкої інвалідності при цій патології.

Котик Ю., Андрійченко І.

*Українська військово-медична академія,
м. Київ, Україна*

НПЗП-асоційовані гастропатії у військовослужбовців: лікування та профілактика

Мета: оцінити вплив факторів ризику (ФР) та їх поєднання на розвиток ерозивно-виразкових пошкоджень гастродуоденальної зони (ГДЗ) у військовослужбовців.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 100 пацієнтів, які проходили стаціонарне лікування в клініці гастроентерології Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» з ерозивно-виразковими пошкодженнями гастродуоденальної зони, що підтверджені ендоскопічно, та мали один чи кілька факторів гастроінтестинального ризику. Розподіл на групи здійснювався відповідно до факторів ризику. Враховувалися такі фактори ризику — куріння, участь у бойових діях (стресовий чинник) та поєднання цих факторів. Контрольну групу становили пацієнти з ерозивно-виразковими пошкодженнями гастродуоде-

нальної зони та відсутністю факторів ризику. Дослідження здійснювалося шляхом ретроспективного аналізу історій хвороби.

Результати. Установлено, що за наявності одного ФР зростає частота виникнення множинних ерозивних пошкоджень ГДЗ (31,4 % у курців та 27,3 % у комбатантів) порівняно з контрольною групою (16 %). Участь у бойових діях, як стресовий чинник, сприяє зростанню частоти та розмірів виразкових пошкоджень (у 36,4 % пацієнтів мали місце виразки розміром до 1 см порівняно з 32 % пацієнтів без ФР, а також 9 % пацієнтів мали виразки розміром понад 1 см проти 4 % пацієнтів без ФР). Поєднання обох ФР сприяло зростанню частоти поодиноких ерозивних пошкоджень (50 % пацієнтів порівняно з 48 % пацієнтів без ФР) та вірогідному зростанню частоти виразкових пошкоджень розміром понад 1 см (11 % пацієнтів порівняно з 4 % пацієнтів без ФР та 8,6 % у курців і 9,1 % у комбатантів). Окремо слід відмітити, що в пацієнтів при поєднанні ФР розміри виразкових дефектів слизової оболонки шлунка коливались у межах від 1,5 до 5 см.

Висновки. Аналіз отриманих даних свідчить про те, що у військовослужбовців за наявності факторів гастроінтестинального ризику збільшується частота ерозивно-виразкових пошкоджень гастродуоденальної зони, а при поєднанні кількох факторів (куріння та стресовий чинник) збільшується вираженість змін слизової оболонки, що призводить до погіршення прогнозу в пацієнтів та підвищення витрат на лікування. Результати підтверджують дані попередніх досліджень та потребують детального вивчення особливостей перебігу ерозивно-виразкових захворювань гастродуоденальної зони у військовослужбовців.

Кушніренко І.В., Мосійчук Л.М.,

Шевцова О.М., Коненко І.С.,

Ярош В.М., Васильєва І.О.

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
м. Дніпро, Україна*

Клінічні прояви при передракових станах шлунка при поєднанні із патологією щитоподібної залози й з урахуванням ознак вегетативних змін за А.М. Вейном

Мета: вивчити клінічні прояви у хворих із передраковими станами шлунка в умовах коморбідності.

Матеріали та методи. Обстежені 46 хворих розподілені за змінами у структурі щитоподібної залози: I група — 19 осіб із вузловими змінами, II — 18 осіб із дифузними змінами, III — 8 осіб без змін у структурі щитоподібної залози. Критерії відбору до обстеження: атрофія та/або кишкова метаплазія слизової оболонки шлунка за даними гістологічного дослідження. Проводили опитування за анкетною Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), що включала 15 питань щодо симптомів. Ступінь їх вираженості оцінювали за 7-бальною шкалою Лайкерта. Відповіді згрупова-