

Міністерство охорони здоров'я України
Державний заклад „Запорізька медична академія післядипломної освіти
Міністерства охорони здоров'я України”



ТЕЗИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ

XIV ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
„АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ”

20 листопада 2020 року

УДК 61 (063)

А 43

Редакційна колегія:

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – О.С. Никоненко, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, д. мед. н., професор, Лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України».

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА:

С.Д. Шаповал, д. мед. н., професор, перший проректор Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»

І.М. Фуштей, д. мед. н., професор, проректор з наукової роботи Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР:

О.О. Токаренко, к. мед. н., голова Ради молодих вчених.

Члени редколегії: Н.О. Скороходова, д. мед. н., професор;
В.Б. Мартинюк, к. мед. н., доцент;
В.П. Медведєв, к. мед. н., доцент;
В.Б. Козлов, к. мед. н., доцент;
О.О. Березін, заступник голови Ради молодих вчених.

Тези за матеріалами: XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (20 листопада 2020 р., м. Запоріжжя) – Запоріжжя, 2020. – 320 с.

Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори. У тезах збережено авторське подання матеріалів.

на 35,41%, а також остеопротегерину в 1,9 рази ($p < 0,05$).

Висновки. Включення до базисної терапії хворих на ІХС, поєднану з ПМОП, натрію алендроната та L-аргініну гідрохлориду сприяє нормалізації балансу біомаркерів остеорепарації та кісткової резорбції, що обґрунтовує доцільність застосування запропонованої комбінованої терапії з метою попередження ускладнень з боку серцево-судинної системи та зниження ризику розвитку остеопорозних переломів.

ПОСТ. ЕРХПГ-ПАНКРЕАТИТ: ЧИ Є ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ?

А.О. Стешенко, Е.В. Діденко, Т.М. Роснон

Запорізький державний медичний університет

Кафедра факультетської хірургії

Науковий керівник – к.мед.н. Стешенко А.О.

Вступ. Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) є методом вибору у лікуванні обструктивних захворювань жовчних шляхів. Має ускладнення - такі як гострий панкреатит, кровотеча, перфорація, холангіт.

Мета дослідження. Визначити ризик розвитку гострого панкреатиту у пацієнтів, які перенесли ЕПСТ в залежності від використання техніки катетеризації, та типу великого дуоденального сосочка і діаметру інтрапанкреатичної частини холедоха, та оцінити ступінь їхньої предикторності.

Матеріали та методи. Ретроспективно було проаналізовано дані 746 випадків транспапілярних втручань що виконувались між 2010 та 2017 роками на кафедрі факультетської хірургії Запорізького державного медичного університету. Вони були розділені на дві групи. До групи А включено 432 пацієнти, яким виконували транспапілярні втручання без використання провідникових методик катетеризації великого дуоденального сосочка (ВДС) (в періоді часу між 2010-2014 роками), вік - $51,96 \pm 17,6$; чоловіки - 45,83%. У групу В включено 314 пацієнтів, яким виконували ендоскопічні транспапілярні втручання з використання провідникових (одно-, чи двохпровідникових) методів катетеризації великого дуоденального сосочка (в періоді між 2014-2017 роками), вік - $52,41 \pm 17,6$; чоловіки - 45,54%. Можливими критеріями (предикторами) розвитку гострого пост-ЕРХПГ панкреатиту були обрані – тип великого дуоденального сосочка (що було описано професором R.Hawes), для цього були створені реконструктивні 3D моделі різних типів сосочків), діаметр інтрапанкреатичної частини холедоха – та був проведений ROC аналіз з використанням критерія Хосмера-Лемешоу та побудовані ROC-криві. Ми висунули гіпотезу про збільшення частоти гострого панкреатиту (ГП) у пацієнтів із ВДС типу SharPei та

ВДС S-типу в групі А, і про зменшення частоти пост-ЕРХПГ панкреатиту у групі В.

Категорійні вибірки порівнювали за допомогою критерію хі-квадрат, критерію Фішера, критерію Йетса, критерію Каппи, а числові змінні порівнювали за допомогою критерію Стьюдента або критерію Лівінью. Всі тести були двосторонніми, і $P < 0,05$ вважався статистично значущим. Весь статистичний аналіз проводився за допомогою програмного забезпечення SPSS V27.0 (IBM).

Результати. В групі А було виявлено 34 випадки гострого панкреатиту (ГП) (7,87 %). В групі В виявлено 11 випадків ГП (3,50%), тобто група А мала вищий рівень захворюваності на ГП ($p=0,013$). Множинні порівняння суттєвої різниці у частоті гострого панкреатиту у різних типів великого дуоденального сосочка не виявив ($p>0,05$), однак post-Hoc аналіз виявив більший рівень випадків гострого панкреатиту легкої форми ($p=0,044$). У групі В не було випадків гострого панкреатиту при прямому та S-типі ВДС. Група В продемонструвала значне зменшення кількості ускладнень у загальній когорті ($p<0,001$).

Результати ROC-аналізу (дисперсія будувалась між рівнем сироваткової амілази в першу добу після втручання та типом великого дуоденального сосочка) показали: площа підкривою AUROC = 0,802; 95% довірчий інтервал: 0,741 - 0,864; стандартна помилка = 0,031; $p < 0,0001$; критерій Хосмера-Лемешоу $\chi^2_{HL} = 65,344$ ($p < 0,0001$). Тому тип ВДС не є предиктором підвищення рівня сироваткової амілази у пацієнтів після ЕТВ.

Діаметр загальної жовчної протоки (ЗЖП) можна використовувати як незалежний предиктор ризику розвитку пост-ЕПСТ панкреатиту (тест ROC: AUROC = 0,936; 95% довірчий інтервал: 0,892 - 0,981; стандартна помилка = 0,023; $p < 0,0001$; $\chi^2_{HL} = 128261,459$ ($p < 0,0001$)): чим більший діаметр, тим менша ймовірність розвитку панкреатиту після ендоскопічного втручання.

Висновок. Тип великого дуоденального сосочка дванадцятипалої кишки суттєво не впливає на частоту пост-ЕРХПГ панкреатиту. Діаметр інтрапанкреатичної частини загальної жовчної протоки може бути фактором ризику розвитку ГП після ендоскопічних транспапільярних втручань. Провідникові методи катетеризації великого дуоденального сосочка знижують достовірно кількість ускладнень. При виборі методу катетеризації великого дуоденального сосочка та техніки ендоскопічної папілосфінктеротомії слід враховувати діаметр загальної жовчної протоки та тип великого сосочка дванадцятипалої кишки. Для об'єктивної оцінки стану біліарної та панкреатичної протокових систем потрібно використовувати до операції – магнітнорезонансну холангіопанкреатографію, ендоскопічне ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію; безпосередньо при ендоскопічному втручанні – ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія.