

РОЛЬ ДИСБАЛАНСУ ПРОТЕОЛІЗ-АНТИПРОТЕОЛІЗУ В ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Котлярчук Я.П.

Науковий керівник: проф. Доценко С.Я.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра внутрішніх хвороб 3

У патогенезі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) важлива роль відводиться дисбалансу системи протеоліз-антипротеоліз, який виникає внаслідок збільшення продукції та активності протеаз в поєднанні із зменшенням чинників антипротеолізу. Тому метою дослідження було вивчення маркерів системи протеоліз-антипротеоліз у хворих на ОЗЛ в залежності від клінічного фенотипу захворювання. Матеріал та методи дослідження. Обстежено 60 хворих на ХОЗЛ II і III стадії та 20 здорових осіб, зіставних за віком та статтю. Діагноз ХОЗЛ встановлювали відповідно до Наказу МОЗ України №555 від 27 червня 2013 року. Визначення вмісту чинників системи протеолізу - нейтрофільної еластази (НЕ) та матриксної металопротеїнази-9 (ММП-9) використовувалися набори фірми BIOSOURCE (США). Серед чинників системи антипротеолізу визначався вміст рівня альфа-1-антитрипсину (ААТ) за допомогою нефелометрії BN ProSpec фірми DADE BEHRING, США - Німеччина. Статистичну обробку отриманих результатів проводили згідно методу варіаційної статистики з використанням t - критерію Ст'юдента та коефіцієнта кореляції за допомогою програми Microsoft Office 2000. Результати дослідження. У хворих на ХОЗЛ встановлено суттєві зміни в системі протеоліз-антипротеоліз із збільшення вмісту НЕ до 184,8 (117,1-465,5) нг/мл та ММП-9 до 329,4 (224,0-728,3) нг/мл (проти 115,9 (88,5-118,5) нг/мл та 0,75 (0,62-0,83) нг/мл у здорових людей, відповідно). Одночасно зростає коефіцієнт НЕ/ААТ до 120,5 (61,9-316,6) при відсутності відмінностей з боку ААТ, що доводило про зростання продукції ферментів переважно за рахунок ланки протеолізу. При порівнянні показників системи протеоліз-антипротеоліз у хворих з різними клінічними фенотипами захворювання, було встановлено зростання рівня вмісту НЕ, ММП-9 та НЕ/ААТ у хворих з емфізематозним фенотипом у відміну від хворих з бронхітичним фенотипом. Проведення кореляційного аналізу довело існування щільного позитивного зв'язку між рівнем маркерів протеолізу та спірографічним показником FVC%, який відображає рестриктивні порушення зовнішньої функції легень, пов'язаної з емфіземою. Висновок. Розвиток ХОЗЛ пов'язаний із дисбалансом в системі протеоліз-антипротеоліз у бік зростанням протеолізу, що має щільний зв'язок з розвитком емфіземи легень та формуванням клінічного емфізематозного фенотипу.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кочеров П.Г.

Научный руководитель: к.мед.н. Охрименко Г.И.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии

Цель исследования: изучить результаты диагностики и лечения больных с острым панкреатитом (ОП), в том числе, с использованием миниинвазивных хирургических вмешательств (МХВ), и разработать оптимальный лечебно-диагностический алгоритм на основании полученных данных. Проанализированы результаты лечения 316 больных с ОП. У 215 из этих пациентов диагностирована легкая форма ОП. У остальных 101 больных установлена тяжелая форма ОП, которая у 63 пациентов сопровождалась стерильным панкреонекрозом (СП), у 38 – инфицированным панкреонекрозом (ИП). У 85 из 101 больных с деструктивным панкреатитом наблюдались местные осложнения: острое жидкостное образование (ОЖО) – у 17, острая псевдокиста (ОПК) – у 8, панкреатический абсцесс (ПА) – у 8, ферментативный перитонит (ФП) – у 28, забрюшинная флегмона (ЗФ) – у 13, фибринозно-гнойный перитонит – у 4, аррозивное кровотечение – у 4, кишечный свищ – у 3. Возраст пациентов в среднем составил 45 ± 2 года. На основании результатов компьютерной томографии (КТ) установлено, что в группе больных с СП преобладали пациенты (46 из 63) с ограниченным панкреонекрозом и местными осложнениями ОП (ОЖО, ОПК, ФП). Поэтому большинству из них проведены МХВ: чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) при ОЖО – 3, при ОПК – 4, лапароскопическое наружное дренирование ОПК – 2, лапароскопическое дренирование брюшной полости (БП) по поводу ФП – 24 пациентам. По данным КТ, в группе больных с ИП преобладали пациенты с распространенным панкреонекрозом и множественными жидкостными образованиями в панкреатической / перипанкреатической области. Большинству больных с ЗФ (7) была выполнена лапаротомия, некрсеквестрэктомия, вскрытие и дренирование флегмоны, в 6 случаях проведена лумботомия, с повторными ревизиями и санациями БП и забрюшинного пространства. МХВ выполнены у 3 из 8 пациентов с ПА: у 1 – лапароскопическое наружное дренирование, у 2 – ЧПД. Выводы: 1. Больные с тяжелой формой ОП нуждаются в комплексном медикаментозном лечении в условиях отделения интенсивной терапии с обязательным проведением КТ органов БП. 2. При СП, осложненном ФП, ОЖО и ОПК, показано проведение МХВ. 3. При ИП имеются абсолютные показания к хирургическому вмешательству, и предпочтение следует отдавать операциям открытым способом. 4. При ПА могут быть использованы МХВ, но при условии отсутствия других местных осложнений ИП.