

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АЛЬФА-АМИЛАЗЫ В КРОВИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Широков К., Обыхвост А., Бачинский Р.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Острый панкреатит - это асептическое воспаление поджелудочной железы демаркационного характера в основе которого лежат процессы некробиоза панкреоцитов и ферментной автоагрессия с последующим развитием некроза, дегенерации железы и присоединением вторичной инфекции. По состоянию на начало XXI века в Украине заболеваемость ОП составляет от 4,6% до 5,3% на 10 тыс. населения, что примерно соответствует 24000-25000 больных в год, из них в 4000-5000 устанавливался диагноз острого некротического панкреатита (ОНП). Острый панкреатит характеризуется значительными нарушениями различных звеньев гомеостаза. Однако несмотря на многочисленные исследования украинских и зарубежных ученых, на современном этапе отсутствует единое мнение о характере изменений гомеостаза при ОП. α -амилаза крови считается одним из основных маркеров деструкции панкреатической железы, однако данные о динамике ее изменений противоречивы - от констатации многократного ее увеличения до минимальных значений.

Установлено, что высокие показатели α -амилазы наблюдаются у больных панкреонекрозом. Однако значительная вариабельность этого показателя и отсутствие прямой зависимости между уровнем α -амилазы и тяжестью течения панкреатита не позволяют рекомендовать этот параметр как прогностический критерий. Характер изменений активности амилазы крови при остром некротическом панкреатите свидетельствует о развитии цитолитического синдрома, который, тем не менее, не имеет четкой взаимосвязи с тяжестью течения острого панкреатита.

Активность амилазы при отечной форме ОП была достоверно низкой только в течение первых трех суток наблюдения, а затем наблюдалась тенденция к росту, которая через 10 дней переходила в достоверное снижение этого показателя. У пациентов с жировой формой панкреонекроза резкое угнетение активности амилазы на 1 - е сутки после операции менялось высокодостоверно ростом активности этого фермента в дальнейшем. Такая динамика безусловно свидетельствует о развитии выраженного цитолиза ткани поджелудочной железы с выходом маркера цитолиза - амилазы в кровеносное русло. Развитие панкреонекроза с тяжелым течением сопровождался кратковременным снижением активности амилазы, которое переходило в высокодостоверную тенденцию роста. Однако значительная вариабельность этого показателя и отсутствие прямой зависимости между уровнем амилазы и тяжестью течения панкреатита не позволяют рекомендовать этот параметр как прогностический критерий. Тем не менее, высокие показатели амилазы все же наблюдались у больных геморрагической и жировой формами панкреонекроза.

В некоторых случаях коэффициент «клиренс амилазы / клиренс креатинина» более 5 говорит о наличии острого панкреатита. Это объясняется тем, что

острый панкреатит имеет разный генезис и при отдельных типах панкреатита все же наблюдается повышение амилазы в крови.

Для жирового панкреонекроза главными диагностическими показателями в крови пациента является липаза, которая одна из первых провоцируется и секретируется в больших, увеличенных количествах при развитии данного вида панкреатита.

Наличие тех или иных протеолитических ферментов, содержание которых повышен в крови, называется «уклонение ферментов в кровь» и позволяет определить наличие или отсутствие процесса воспаления поджелудочной железы. Количественный показатель содержания амилазы в крови очень редко позволяет диагностировать панкреатит за то, что существует большая вариабельность этого показателя. Его снижение в поджелудочном секрете и непостоянный рост в крови имеет место при жировом, геморрагическом и смешанном типах панкреонекроза. Опираясь на данные, более информативными и точными показателями являются липаза, эластаза в их одиночном и комплексном прибывания в крови и трипсиногена. Липаза высокоинформативная для жирового панкреонекроза, эластаза и трипсиноген - для геморрагического, их комплексное сочетание - для смешанного типа панкреонекроза.

РОЛЬ ГОМОЦИСТЕЇНУ В РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Труш О.М., Денисенко С.А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Патологія серцево-судинної системи і нині залишається основною причиною інвалідації та смертності населення всього світу. Незважаючи на поглиблене вивчення патогенезу серцево-судинних захворювань (ССЗ), поширеність і смертність від них продовжують невпинно зростати. Показано, що наявністю класичних чинників ризику атерогенезу (куріння, підвищений систолічний артеріальний тиск, ожиріння та гіперхолестеринемія) не можна повністю пояснити розвиток ССЗ, тому що їх поширеність досягає 15% у жінок 40% у чоловіків. У цьому зв'язку триває пошук нових чинників ризику, вплив на які дав би змогу знижувати рівень смертності від ССЗ. На цей час гіпергомоцистеїнемію (ГГЦ) можна розглядати як важливий незалежний чинник ризику розвитку ССЗ, що модифікується на рівні з гіперхолестеринемією та іншими факторами ризику, такими як куріння, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ожиріння тощо, а також як чинник, що підвищує ризик розвитку ССЗ за наявності в пацієнта зазначених факторів. Сьогодні визначення рівня ГЦ крові - один із пріоритетних методів у клінічній діагностиці ССЗ у всьому світі. Діагностику ГГЦ необхідно проводити скринінговим методом у практично здорових осіб для виявлення групи підвищеного ризику розвитку ССЗ та здійснення профілактичних заходів. Гомоцистеїн - це незамінна сірковмісна ендогенна амінокислота, яка утворюється в процесі реметилювання й деметилювання метіоніну і транссульфування цистеїну. ГЦ зараховують до цитотоксичних АК. 80% ГЦ