(на 4-ту добу) відповідно. **Висновки.** Застосування гравітаційного плазмаферезу у хворих на набрякову форму ГП зменшує рівні окремих показників порушення функції підшлункової залози, печінки й синдрому системної запальної відповіді.

УДК 616-001.36-02:616.12-008.46-036.11

Світлик Ю.О., Підгірний Я.М., Гарбар М.О., Світлик Г.В., Сало В.М.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Альтерація фосфору при кардіогенному шоку, зумовленому STEMI

Вступ. Фосфор відіграє важливу роль у підтриманні гомеостазу організму, а саме: в утворенні енергії, функціонуванні нуклеїнових кислот та забезпеченні активності ензимів. Механізм гіпофосфатемії при серцевій недостатності полягає у виснаженні АТФ у міокардіальних клітинах і зменшенні 2,3-дифосфогліцерату в еритроцитах. Клінічно гіпофосфатемія може бути асоційована з порушеннями ритму серця й дисфункцією міокарда. **Мета:** провести ретроспективний аналіз рівня неорганічного фосфору в сироватці крові пацієнтів із кардіогенним шоком на фоні STEMI, яким проводилась негайна реперфузійна терапія — первинне черезшкірне коронарне втручання. **Матеріали та методи.** Дослідження проведено в КНП КЛШМД м. Львова. Включено 31 пацієнта (середній вік 61,19 ± 12,91 року), 17 з яких проводилось первинне черезшкірне коронарне втручання з приводу STEMI із кардіогенним шоком і 14 — коронарографія з діагностичною метою при ішемічній хворобі серця. Проводився аналіз кількісного вмісту фосфору при надходженні в лікарню, а у групі пацієнтів із STEMI — також після проведення стентування. Референтні значення фосфору: 0,81–1,55 ммоль/л. Жоден пацієнт не мав факторів ризику гіпо- та гіперфосфатемії. Дані наведено у вигляді середньоарифметичного значення й середнього квадратичного відхилення. **Результати.** Середня величина фосфору в усіх досліджуваних пацієнтів при надходженні становила 1,71 ± 0,45 ммоль/л (від 0,8 до 2,6). Середня величина фосфору у пацієнтів із STEMI при першому вимірі була 1,48 ± 0,41 ммоль/л (від 0,80 до 2,2), у групі з ішемічною хворобою серця — 1,98 ± 0,34 ммоль/л (від 1,4 до 2,6) ($p = 0,0009$); при другому вимірі у пацієнтів із STEMI — 1,32 ± 0,38 ммоль/л (від 0,8 до 2,0) ($p = 0,2687$). Гіпофосфатемія спостерігалась в 1 пацієнта із STEMI при надходженні в лікарню й утримувалась після стентування і в 1 пацієнта із STEMI проявилась на фоні кардіогенного шоку, що було верифіковано при повторному визначенні. Також ми зафіксували значиму гіперфосфатемію (> 2 ммоль/л), що спостерігалась у 9 (29 %) пацієнтів при надходженні: у 7 пацієнтів з ішемічною хворобою серця й лише у 2 пацієнтів із STEMI. **Висновки.** Можемо припустити, що гіпофосфатемія є маркером тяжкості гострого періоду інфаркту міокарда, однак, як вказують літературні джерела, вона не асоціюється з гіршим прогнозом лікування. Не вивченим залишається взаємозв'язок між серцевою функцією й гіпофосфатемією з клінічними кінцевими точками. Вважаємо, що у відділеннях інтенсивної терапії слід впровадити протоколи щодо моніторингу й корекції рівня фосфору.

Список літератури

1. *Галушко О.А. Приховані небезпеки періопераційного періоду: фокус на гіпофосфатемії / О.А. Галушко, С.І. Бабак, М.В. Болюк // Медицина невідкладних станів. — 2018. — № 5(92). — С. 41-48.*

2. *Ariyoshi N., Nogi M., Ando A., Watanabe H., Umekawa S. Hypophosphatemia-induced cardiomyopathy: a literature review // The American Journal of the Medical Sciences. — 2016. — 352(3). — 317-323. doi:10.1016/j.amjms.2016.04.013.*

3. *Champion S., Gauzere B.A., Vandroux D. Hypophosphatemia in patients with cardiogenic shock // Journal of Critical Care. — 2012. — 27. —511-513. doi:10.1016/j.jcrc.2012.07.018.*

4. *Fukumoto S. Phosphate metabolism, hyperphosphatemia and hypophosphatemia // Encyclopedia of Endocrine Diseases. — 2nd Edition. — 2018. doi:10.1016/B978-0-12-801238-3.66143-3.*

УДК 616.34:617-089-08

Слободянюк Р.М.[1], Мельник В.М.[2]
[1]Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна
[2]Головний військовий клінічний госпіталь, м. Київ, Україна

Сучасні методи застосування раннього ентерального харчування в комплексному лікуванні поранених і хворих

Вступ. Розвиток у травмованих недостатності шлунково-кишкового тракту (ШКТ) обмежує забезпечення організму пластичними й енергетичними субстратами, що на фоні гіперкатаболічної реакції призводить до імуносупресії й інфекційних ускладнень. Одним з методів корекції ускладнень при тяжкій поєднаній вогнепальній травмі є раннє ентеральне харчування. **Мета:** вивчити особливості, доцільність і можливості раннього ентерального харчування в комплексному лікуванні поранених і хворих з метою зниження ускладнень. **Матеріали та методи.** Проведено ретроспективно-проспективне дослідження 45 поранених із тяжкою поєднаною вогнепальною травмою черевної порожнини й кінцівок. Для вивчення можливості й порівняльної ефективності різних способів і термінів нутритивної підтримки всі пораненні залежно від термінів надходження в Головний військово-медичний клінічний центр після поранення були розділені на групи: у 1-шу групу увійшли 15 поранених, які на-