Литература

1. Тутельян В.А., Спиричев В.Б., Суханов Б.П., Кудашева В.А. Микронутриенты в питании здорового и больного человека. – М: Колос, 2002 – 424 с.
2. Тутельян В.А., Батулин А.К., Мартинчик Э.А. Флавоноиды: содержание в пищевых продуктах, уровень потребления, биодоступность // Вопросы питания. – 2004. - № 6. – С. 43-48.
3. Arai Y., Watanabe S., Kimira M. Et al. // J.Nutr. – 2000. – Vol. 130. – P. 2243–2250.
4. Scalbert A., Williamson G. // Ibid. – 2000. – Vol. 130. – Suppl. – P. 2073-2085.
5. Scalbert A., Johnson I. T., Saimarsh M. // Amer. J. Clin. Nutrition. – 2005. – Vol. 81. - № 1. – P. 215-217.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Климович И.И.¹, Страпко В.П.², Юркевич С.В.², Дуньчик А.А.¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской
помощи»², Гродно

Актуальность. Среди пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости острый панкреатит продолжает оставаться смертельно опасным заболеванием и составляет от 2,5-8,4%, а летальность при остром деструктивном панкреатите (ОДП) достигает 40-85%. Особый интерес в силу основных патогенетических механизмов в развитии панкреатита представляет исследование лабораторных показателей крови и ферментов поджелудочной железы, что имеет значение для диагностики и лечения [1, 2, 3, 4].

Цель работы - определить значимость исследования лабораторных показателей крови и ферментов поджелудочной железы для диагностики и прогнозирования течения острого панкреатита.

Материал и методы. Нами проведен анализ основных лабораторных показателей крови и ферментов поджелудочной железы у 98 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2011-2012 г. Мужчин было 57 (58,16%), женщин - 42 (41,84%). Возраст пациентов от 18 до 82 лет. У всех пациентов при поступлении и в процессе лечения определяли общий анализ крови,

коагулограмму, биохимический анализ – белок, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, глюкозу, креатинин, ионограмму, С-реактивный белок, - активность ферментов (амилазы и липазы) в плазме крови. Исследование системы гемокоагуляции включало определение фибриногена А, Б, протромбинового индекса и этанолового теста.

Результаты и их обсуждение. Из всех больных ОДП наблюдался у 18 (18,4%) больных, уровень амилазы у которых составил $458 \pm 25,3$ МЕ/л, а липазы – $1735 \pm 31,2$ МЕ/л. Оперированы 16 пациентов (16,3%), у 9 (9,2%) произведены (лапаротомии, некрэктомии участков некроза поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, марсупиализация сальниковой сумки, дренирование брюшной полости и забрюшинной клетчатки, уровень амилазы у которых составил $348 \pm 22,4$ МЕ/л, а липазы – $1827 \pm 21,7$ МЕ/л. С ОДП ферментативным перитонитом было 7 (7,1%) больных, которым проводилась диагностическая лапароскопия, последняя заканчивалась санированием и дренированием брюшной полости с определением активности ферментов уровень амилазы у которых составил $524 \pm 18,9$ МЕ/л, а липазы $1925 \pm 29,3$ МЕ/л.. Остальные 82 (83,7%) пациента получали консервативное комплексное лечение. У 8 (8,2%) больных имело место развитие делирия на 2-5 сутки от начала заболевания. В анамнезе этих больных имеются указания на злоупотребление алкоголем. Двое больных после оперативного лечения умерли, послеоперационная летальность – (11,1%). Максимальные значения активности сывороточной амилазы мы наблюдали в течение первых суток от начала заболевания у больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП), а в более поздние сроки повышался уровень липазы. Мы не выявили прямой зависимости между уровнем амилаземии и формой острого панкреатита. В общем анализе крови при остром панкреатите не нашли строгой специфичности. Однако в пользу инфицированного панкреонекроза свидетельствует увеличение уровня лейкоцитов крови со сдвигом лейкоцитарной формулы влево в динамике наблюдения и лечения. Чаще всего мы регистрировали лейкоцитоз $11-22 \times 10^9$ /л, но при обширных панкреонекрозах, особенно при развитии септических осложнений, наблюдали

значительный лейкоцитоз за счет сегментоядерных нейтрофилов и палочко-ядерных форм, отмечались тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка составлял $1120 \pm 28,7$ мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: диспротеинемия, гипопротеин- и гипоальбуминемия, гипергликемия. Из печеночных ферментов выявили, что наиболее характерно для панкреонекроза, высокий уровень аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз. О выраженных изменениях водно-электролитного баланса свидетельствовали: гемоконцентрация, дефицит калия, натрия, кальция. При обширных формах панкреонекроза снижение концентрации кальция в плазме крови обусловлено его депонированием в очагах стеатонекроза в виде солей желчных кислот. Показатели коагулограммы были в пределах нормы (эталонный тест – отрицательный, ПТИ-0,7-1,0; фибриноген – 2-4 г/л) при неструктивных формах острого панкреатита. У больных с ОДП отмечались заметное увеличение фибриногена, положительный этаноловый тест, увеличение ПТИ более 1,0.

Выводы.

1. Содержание липазы увеличивается через несколько часов при развитии острого панкреатита в десятки раз выше, чем амилазы, достигая максимума через 12-24 ч, и остается повышенной в течение 10-12 дней, а нормализация уровня липазы происходит позже нормализации амилазы.

2. Прогноз заболевания является плохим, если уровень липазы в крови повышается в 10 раз и более.

3. Изменение амилазы и липазы в плазме крови следует всегда рассматривать в комплексе с данными других лабораторных и инструментальных методов обследования больного с острым панкреатитом.

4. Повышение концентрации С-реактивного белка больше 130 мг/л подтверждает наличие ОДП, а увеличение его концентрации в динамике заболевания более чем на 26-30% от исходного уровня с учетом других клинико-лабораторных данных свидетельствует о развитии панкреатогенной инфекции.

Литература

1. Гарелик П.В., Жандаров К.А., Савицкий С.Э. и др. Острый деструктивный панкреатит. Диагностика, тактика и лечение /методические рекомендации. – Гродно, 2008. – 32 с.

2. Лифшиц В.М. Биохимические анализы в клинике : справочник / В.М. Лифшиц, В.И. Сидельникова ; 2-е изд. – М. : Медицинское информационное агентство, 2001. – 303 с.

3. Назаренко Г.И. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований / Г.И. Назаренко, А.А. Кишкун - М. : Медицина, 2006 – 543 с.

4. Rau B., Beger H.G., Schilling M.K. Biochemical Severity Stratification of Acute Pancreatitis: Pathophysiological Aspects and Clinical Implication / J.-L.Vincent (ed). Year book of Intensive Care and Emergency Medicine. Springer. – 2004. – P. 499-515.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОГО АППАРАТА «ПУЛЬСАР»

Климович И.И.¹, Страпко В.П.², Клименко Н.Ф.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»², Гродно

Актуальность. По имеющимся литературным данным признаки варикозной болезни имеют место у 89% женщин и 66% мужчин из числа жителей развитых стран. [1, 2] В РБ заболеваемость варикозной болезнью составляет 20%. Ежегодно в Республике Беларусь по статистике наблюдается увеличение количества больных варикозной болезнью (ВБ) на 2%, причем в последнее время специалисты отмечают значительное «омоложение» недуга и учащение случаев осложнений [3, 4]. Реабилитация пациентов с развившимися осложнениями (трофическими язвами венозной этиологии, венозной недостаточностью и др.) и сравнительно высокой частотой возникновения рецидивов – сложная медицинская и социальная проблема, несмотря на богатую историю разработки и внедрения в клиническую практику огромного количества консервативных и оперативных методов их лечения [1-4].

Проблема радикального излечения пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей в настоящее время далека от полного разрешения. Массовый характер заболевания, довольно частые рецидивы после неадекватно проведенного лечения, а также наличие декомпенсированных форм заболевания, приводящих к временной утрате трудоспособности и инвалидизации больных, будучи актуальными проблемами практического здравоохранения многих стран мира, вынуждают к