

реакции клеточной эмиграции: нормоэргический, гиперэргический, гиперергический. Нормоэргический тип клеточной эмиграции встречался у 82,8% здоровых добровольцев, гиперэргический тип - у 11,4% добровольцев, а гиперергический тип - 5,8% здоровых лиц.

Как показали проведенные исследования, у больных с ХВН на 6 часов от начала нанесения КВП, в сравнении со здоровыми добровольцами, отмечается замедление эмиграции лейкоцитов в зону посттравматического воспаления. При этом и относительное содержание нейтрофилов у больных с ХВН было на 38% меньшим в сравнении со здоровыми добровольцами ($p < 0,05$). Более значительные нарушения процессов эмиграции лейкоцитов наблюдались на 24 часа. На этот срок исследования у больных значительно менялись как относительные, так и абсолютные показатели эмиграции лейкоцитов в КВП. Уменьшение содержания нейтрофилов у больных с ХВН достигало 48% ($p < 0,05$). Торможение процессов эмиграции лейкоцитов в полость КВН пузырей у больных с ХВН и соответствовало гиперэргическому типу клеточной реакции в ответ на повреждение.

Литература:

1. А.с. 1659847 Способ подготовки пробы лейкоцитов для цитологических исследований / Островский А.А., Наумов И.А., Новицкий Г.К. (СССР) - Заявитель: Институт биохимии АН БССР; Заявка № 448952; Приоритет 15. 09.88. Оpubл. 01.03.91, Бюл. № 24 // Изобретение - 1991. -№ 24. С. 156.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Латыш И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Б.Л. Гаврилик

Проблема острого панкреатита остается весьма актуальной. П

анкреатит занимает третье место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту и холециститу. Острый панкреатит составляет 0,47% всех соматических заболеваний и 12% - среди всех острых заболеваний органов брюшной полости. Деструктивные формы острого панкреатита встречаются у 30 – 60% пациентов, протекают тяжело и дают большую летальность.

Нами проведен анализ 43 историй болезни пациентов с различными формами острого панкреатита, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 1997 по 2005 год. Возраст больных колебался от 31 до 86 лет. Среди них женщин было 29 (67,4%), мужчин 14 (32,6%). Все больные оперированы. Умерло 6 (13,9%) пациентов.

Больных с острым билиарным панкреатитом было 31 (72,1%) человек. Среди них с отечной формой острого панкреатита - 16 (51,6%) пациентов, с деструктивной формой острого панкреатита – 15 (48,4%) больных. С острым небилиарным панкреатитом находилось на лечении 12 (27,9%) пациентов, среди которых с отечной формой – 5 (41,7%) и с деструктивной формой - 7 (58,3%) человек.

В процессе лечения больные обследованы. У всех больных изучены следующие неспецифические лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, билирубин, глюкоза, белок, эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, СОЭ, ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации), амилаза крови, диастаза мочи. Забор анализов проводился при поступлении больных в стационар, после операции, на 6-е сутки после операции, при выписке пациентов из стационара. Изучение лабораторных показателей проводилось по билиарному и небилиарному панкреатиту, причем в каждом из указанных групп пациентов выделены отечные и деструктивные формы данной патологии.

Полученные показатели обработаны статистически, выстроены графики, позволяющие четко проследить динамику изменений, как

гемограммы, так и биохимических исследований.

При этом изменения лабораторных показателей имеют свою специфическую направленность, различную для билиарного и небилиарного панкреатита. Более динамичны, быстрее приходят к норме показатели уровня билирубина, белка, АЛТ, АСТ, амилазы крови и диастазы мочи при билиарном панкреатите. Особенно это характерно для амилазы крови и диастазы мочи, показатели которых приближаются к норме уже на вторые сутки после операции. Значительно уменьшается, приходя к норме на 6 сутки после операции, уровень билирубина, динамично идет снижение уровня АЛТ, АСТ, хотя полной нормализации их показателей не происходит даже при выписке из стационара. Медленнее происходит нормализация, особенно при деструктивных формах билиарного панкреатита, уровня лейкоцитов, ЛИИ. СОЭ остается повышенной у данной группы больных даже при выписке из стационара. Лабораторные показатели при деструктивном панкреатите небилиарного происхождения характеризуются более выраженным воспалительным ответом организма на процесс, происходящий в поджелудочной железе. Лейкоцитоз, высокий ЛИИ, повышенное СОЭ сохраняются практически на протяжении всего курса лечения, хотя биохимические показатели постепенно приходят к верхней границе нормы.

Обобщая вышеизложенное, следует отметить, что адекватно выполненное оперативное вмешательство при билиарном панкреатите дает лучший лечебный результат в силу этиопатогенетической направленности проводимого лечения.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАДЕРЖКУ ПОСТУПЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ В СТАЦИОНАР

Лежава А.А., Кардаш Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент С.Д. Кулеш