СЕКЦИЯ «ВОЕННАЯ И ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА»

УДК 616.37-074/-076-052

Г. Г. Горбач, П. С. Душко

Научный руководитель: старший преподаватель Д. А. Прокопович

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Введение

Патологии поджелудочной железы занимают лидирующие позиции среди заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Наиболее часто встречаемыми заболеваниями являются: острый и хронический панкреатиты, а также на одном уровне распространенности рак поджелудочной железы. Все три заболевания схожи по этиологии, факторами риска данных патологий являются: ожирение различного генеза (чаще всего алиментарно-конституционального), злоупотребление алкоголем, курение, травмы железы, нарушение билиарной системы, инфекционные заболевания, сосудистая недостаточность [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно выявляются около трехсот тысяч случаев, связанных с заболеваниями поджелудочной железы. Одними из основополагающих методов постановки и уточнения клинического диагноза при патологиях поджелудочной железы является определение активности фермента альфа-амилазы, показатели общего билирубина, глюкозы и изменения лейкоцитарной формулы [1].

Цель

Изучить и проанализировать изменения показателей лабораторных исследований на фоне развивающейся патологии, величину варьирования показателей от формы и этиологии заболеваний поджелудочной железы. Определить основные лабораторные маркеры панкреатита, а также величину отклонения данных от физиологической нормы.

Материал и методы исследования

В качестве материалов исследования выступило изучение 47 историй болезней пациентов с основным либо сопутствующим диагнозом хронический или острый панкреатит из архива Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница» в период 2024–2025 годов. По ходу изучения результатов общего анализа крови, биохимического анализа крови, общего анализа мочи, рассматривались изменения показателей глюкозы, показатели эритроцитов и лейкоцитов, скорости оседания эритроцитов, общего билирубина, активности ферментов в крови: аспартатаминотрансфераза (АсАТ), аланинаминотрансфераза (АлАТ), альфа-амилаза, и изменения показателей лейкоцитарной формулы. Статистическую обработку полученного материала осуществляли с использованием пакета прикладных программ Statistica 12.0 и Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании участвовало 47 пациентов гастроэнтерологического отделения, хирургического отделения номер 1 «Гомельской областной клинической больницы», при этом из

них 29 мужчин (61,7%) и 18 женщин (38,3%), минимальный возраст пациента с патологией составил – 21 год, максимальный – 86 лет, средний возраст пациентов – 52 года.

Наибольшее внимание при проведении работы с историями болезни приковывалось к изучению активности ферментов крови и показателям глюкозы и билирубина, так как повышение содержания альфа-амилазы является одним из основных факторов определения патологии экзокринной части поджелудочной железы, а повышенные показатели глюкозы могут указывать на поражение эндокринной части железы, что касается показателей билирубина, то повышение данного показателя может свидетельствовать о нарушениях билиарной системы организма и патологий желчеоттока.

Показания лабораторных исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнение лабораторных исследований пациентов

Показатели лабораторных исследований	Физиологическая норма	Показатели пациентов, среднее значение	Наивысшее значение	Наименьшее значение	Мода	Медиана
Лейкоциты (в 1 л)	4-9*10^9	8,14*10^9	18,5	3,6	4,9	7,86
Нейтрофилы: Миелоциты (%) Палочкоядерные (%) Сегментоядерные (%)	 0 1–6 47–72	 1 3,65 59,87	 1 17 83	 1 1 41	 1 3 64	 1 3 59,86
Эозинофилы(%)	0,5–5	3,87	9	0	2	2
Базофилы(%)	0–1	0,72	3	0,16	0,84	1,38
Лимфоциты (%)	19–37	26,96	52	9	28	27
Моноциты (%)	2–11	7,11	20	1	8	7
Билирубин (мкмоль/л)	3,4–20,5	20,98	100,3	5,8	9,2	17,2
Глюкоза (ммоль/л)	3,30–5,55	6,9	17	3,8	5,5	6,3
Амилаза общая в крови (Ед/л)	28–100	93,01	896	6,9	52	55
Альфа-амилаза в моче (Ед/л)	10–500	249,81	886	13	321,65	422,82
АсАТ (Ед/л)	М. До 4 Ж. До 31	44,26	409	13	21	26,5
АлАТ (Ед/л)	М. До 45 Ж. До 31	34,73	208	13	20	25

По результатам исследования и изучения показателей из таблицы 1 можно отметить следующее: более 60% исследуемых имели повышенные показатели содержания глюкозы в крови (среднее значение – 6,9 ммоль/литр), общий уровень лейкоцитов находится ближе к верхней границе нормы (среднее значение – 8,14×10 в 1 литре), в лейкоцитарной формуле прослеживается наличие юных нейтрофилов и смещение индекса ядерного сдвига влево, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса, среднее значение общего билирубина имеет незначительно повышенные показатели по сравнению с нормой. В рамках активности ферментов, среднее количество общей амилазы в крови составляет 93,01 Ед/л (52,4% пациентов имеет повышенный показатель амилазы в крови), активность АсАТ составила 44,26 Ед/л, что является пограничным показателем с повышенным количеством фермента, при этом у части пациентов повышение уровня АсАТ связано с наличием сопутствующих заболеваний таких как: цирроз печени и гепатит С. В свою очередь среднее значение АлАТ составило 34,73 Ед/л, что в целом соответствует норме, однако у части пациентов (около половины) отмечалась тенденция к умеренному повышению данного показателя. Таким

образом, у исследуемых выявлена тенденция к лейкоцитозу, проявление холестатического синдрома (наличие у 16 пациентов завышенных показателей билирубина), тенденция к умеренному повышению АлАТ у части пациентов, что может свидетельствовать о склонности к цитолизу, увеличение уровня амилазы, склонность к гипергликемии.

Выводы

По итогам исследования, изучение общей характеристики пациентов с острым и хроническим панкреатитом, преждевременное выявление и первичная профилактика в отношении основных факторов риска помогает ранней диагностике заболевания и своевременной коррекции факторов, влияющих на эффективность лечения. Ранняя диагностика поражений поджелудочной железы позволяет задержать прогрессирование заболевания, уменьшить риск развития осложнений, снизить летальность. Обращая внимание пациентов и родственников на клинические проявления заболевания, можно способствовать вторичной профилактике поражений ПЖ, в первую очередь убедить пациентов в токсичности алкоголя, никотина, повысить приверженность пациентов к строгому соблюдению диеты и режима питания, а также схем лечения [2].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Результаты валидации нового метода определения активности а-амилазы человека для диагностики патологий поджелудочной железы: сб.науч.ст. / Сибир. науч. мед. Журнал «Вектор-Бест»; под ред. К. А.Черемисина , Г. Е.Яковлева , А. В.Барабошкина , Э. Ф. Аглетдинов. – Новосибирск: Сибир. науч. мед. Журнал «Вектор-Бест», 2021. – С. 1–7.

2. Оценка клинико-лабораторных данных и результатов электрокардиографического исследования у больных хроническим панкреатитом в смоленской области; сб. науч. ст. / Смоленск. гос. мед. ун-т; под ред. Е. В. Иванишкина, М. В. Карук, М. Г. Баненис [и др.]. – Смоленск : СГМУ, 2020. – С. 1–8.

3. Быкова, А. П. Механизмы развития и особенности патологии органов желудочнокишечного тракта при хроническом панкреатите / А. П. Быкова, И. В. Козлова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – № 11. – С. 69–73.

УДК [614.88:355]:004.8

А. Р. Крук

*Научный руководитель***:** *начальник учебной части – заместитель начальника военной кафедры, подполковник медицинской службы О. В. Дохов*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

СОЗДАНИЕ И АПРОБАЦИЯ КОМПЛЕКСА ЦИФРОВОГО МИКРООБУЧЕНИЯ ДЛЯ ДИСЦИПЛИН ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО МОДУЛЯ

Введение

Современные условия ведения боевых действий, характеризующиеся высокой динамичностью, применением высокоточного оружия и разнообразием поражающих факторов, предъявляют повышенные требования к уровню подготовки военно-обученного резерва. Одним из ключевых элементов, напрямую влияющих на сохранение жизни и здоровья военнослужащих, является своевременное и грамотное оказание первой помощи на поле боя. Важным пунктом является концепция «золотого часа», согласно которой оказание помощи в течение первого часа после ранения многократно повышает шансы на выживание. В этой связи формирование у каждого врача, независимо от его специальности, устойчивых и автоматизированных навыков оказания первой помощи является задачей стратегической важности.