

окисленной формы, что свидетельствует о значительном снижении антиоксидантной защиты.

**ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ
ГЛУТАТИОНПЕРОКСИДАЗЫ,
ГЛУТАТИОНРЕДУКТАЗЫ И КАТАЛАЗЫ В
ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ
ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**
Филипенко П.С., Титоренко М.В., Потапов Г.В.
*Ставропольская государственная медицинская
академия, Ставрополь*

Цель и задачи: изучить зависимость активности глутатионпероксидазы (ГП), глутатионредуктазы (ГР) и каталазы (КА) в плазме крови от формы острого панкреатита.

Методы исследования: обследованы 21 донор и 48 больных острым панкреатитом, подтверждённым клинически и во время операции. Активность ГР определяли по методу Horn H., Bruns K., Bergmeuer H. (1969) и выражали в нмолях окисленного НАДФН₂ за 1 минуту на 1 мг белка, активность глутатионпероксидазы использовали метод Hochstein P., Utley H. (1969) и выражали в нмолях окисленного НАДФН₂ за 1 минуту на 1 мг белка, активность КА определяли по методу Королюк М.А. (1988) и выражали в мкмолях Н₂O₂ на 1 мг белка.

Изложение материала: все больные поступали в хирургическое отделение в экстренном порядке. Диагноз острого панкреатита устанавливали на основании клинических проявлений заболевания, общеклинических исследований крови, положительной амилазурической пробы, рентгенологических и эндоскопических исследований желудка и двенадцатиперстной кишки, а в некоторых случаях после лапароскопии органов брюшной полости. В зависимости от формы панкреатита больные были разделены на две группы: в первую вошли 38 пациентов с отёчной формой, а во вторую – 10 больных с деструктивным панкреатитом. Активность ГП, ГР и КА определялась при обследовании больных с различными формами острого панкреатита при поступлении в стационар.

Нами обнаружен шестикратный прирост активности ГП у больных с отёком поджелудочной железы по сравнению с донорами (соответственно 432,170±3,615 и 72,186±0,869 нмоль НАДФН₂ мин/мг белка; p<0,001). У пациентов с панкреонекрозом прирост активности был более значительным, чем у больных с отеком поджелудочной железы (соответственно 455,620±4,107 и 432,170±3,165 нмоль НАДФН₂ мин/мг белка; p<0,05).

При анализе активности ГР обнаруживается более значимое нарастание активности фермента у больных с отёчной формой острого панкреатита, чем у пациентов с панкреонекрозом (соответственно 155,100±1,511 и 141,120±2,046 нмоль НАДФН₂ мин/мг белка; p<0,05).

Сопоставляя показатели активности КА, у пациентов с отёчной формой острого панкреатита обнаруживается нарастание активности фермента в крови в 3,9 раза, в группе больных с панкреонекрозом в 4,6

раза, (соответственно 60,410±0,490 и 70,710±0,870 мкмоля Н₂O₂ мг белка; p<0,05).

Выводы: 1. При остром панкреатите отмечается изменение активности ГП, ГР и КА в остром периоде заболевания.

2. При развитии отёка поджелудочной железы повышается уровень активности ГП, ГР и КА.

3. У больных с панкреонекрозом уровень ГР значительно ниже, чем у больных с отеком поджелудочной железы, это связано с тотальной гибелью последней.

**ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ДИЕНОВЫХ
КОНЬЮГАТОВ И МАЛОНОВОГО
ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ
РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТА**

Филипенко П.С., Титоренко М.В., Потапов Г.В.
*Ставропольская государственная медицинская
академия, Ставрополь*

Цель и задачи: изучить зависимость концентрации диеновых коньюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) в плазме крови больных острым панкреатитом от формы острого панкреатита.

Методы исследования: обследованы 21 донор и 48 больных различными формами острого панкреатита, подтверждённого клинически и во время операции. Содержание диеновых коньюгатов определяли по методу И.Д.Стальной (1977) и выражали в ммоль на 1 мг общих липидов, содержание малонового диальдегида определяли по методу И.Д.Стальной и Т.Г.Гаришвили (1977) и выражали в мкмолях на 1 мг общих липидов.

Изложение материала: все больные поступали в хирургическое отделение в экстренном порядке. Диагноз острого панкреатита устанавливали на основании клинических проявлений заболевания, общеклинических исследований крови, положительной амилазурической пробы, рентгенологических и эндоскопических исследований желудка и двенадцатиперстной кишки, а в некоторых случаях после лапароскопии органов брюшной полости. В зависимости от формы панкреатита больные были разделены на две группы: в первую вошли 38 пациентов с отёчной формой, а во вторую – 10 больных с деструктивным панкреатитом. Оценка свободнорадикального окисления липидов проводилась при поступлении и при выписке больных из стационара.

При исследовании в сыворотке крови концентрации первичных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) ДК, обнаруживается статистически значимое их увеличение. У больных с отеком поджелудочной железы уровень ДК значительно повышался в остром периоде заболевания: с 75,505±0,609 (доноры) до 119,075±1,05 ммоль/мг общих липидов (p<0,001). Концентрация МДА в плазме крови при поступлении в стационар также повышалась с 0,545±0,0112 (доноры) до 0,624±0,0193 ммоль/мг общих липидов (p<0,05).

Деструктивный процесс в поджелудочной железе сопровождается увеличением концентрации в