А.Т. Чорманов , Е.Ш. Идрышев-Абзалбек

 Лейкоцитарный индекс интоксикации у больных с желчно-каменной болезнью.

Научный руководитель Д.М.Н. проф. Н.И.Оразбеков

Расчёт лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) предназначен для определения степени интоксикации при гнойно – воспалительных заболеваниях любой локализации. ЛИИ имеет важное значение как для контроля за лечением так и для прогноза болезни. Клиническое значение ЛИИ заключается в определении тяжести гнойно – воспалительного процесса, а также возможности применения его как критерия, помогающего наряду с клиническими и лабораторными исследованиями, диагностировать прогрессирование процесса или развитие гнойного осложнения.

Существует несколько формул расчёта ЛИИ, такие как: Кальф –Калифа Я.Я(1941), Фищенко Ф.Я. (1989), Островского В.К.(1983).

Формула Кальф – Калифа по анализу литературных данных не получила широкого применения, что обусловлено сложностью его расчёта и трудностью запоминания. Нами была выбрана формула Островского, так как она более упрощена и легко запоминаема. Это формула расчёта ЛИИ, в которой в числителе находиться сумма процентного содержания клеток миелоидного ряда, а в знаменателе сумма остальных клеток белой крови.

Формула расчёта ЛИИ по Островскому В.К.(1983)

ПК + миел. + ю. + п. + с.

ЛИИ = ------------------------------------------------------

Лимф. + мон. + э. +б.

Где: ПК – плазматические клетки, миел. – миелоциты, ю. – юные, п. – палочкоядерные, с. – сегментоядерные, Лимф. – лимфоциты, мон. – моноциты, э. – эозинофилы, б. – базофилы.

При расчёте ЛИИ норма составляет 1,6 + 0,5

Для расчёта ЛИИ были взяты больные со 2 и 3 хирургических отделений НЦХ им. А.Н.Сызганова. При хирургических заболеваниях ЛИИ изучен нами у 40 больных, мужчин было – 15 человек, женщин – 25. Возрастной контингент исследуемых больных был от 18 до 75 лет. Все больные находились в стационаре с диагнозом желчнокаменная болезнь (ЖКБ).

 17 из них были с осложнениями основного заболевания и у 23 отмечено не осложнённое её течение. Основными осложнениями ЖКБ явились: водянка желчного пузыря, местный серозный перитонит, хронический индуративный панкреатит, стеноз большого дуоденального соска, механическая желтуха и гнойный холангит. Все больные были оперированы, из них у 13 прооизведены лапаротомные холецистэктомии, и у 27 лапароскопические холецистэктомии.

# Таблица 1

ЛИИ, пульс и температура у больных с ЖКБ.

|  |  |
| --- | --- |
| показатель | Группы обследованых |
| норма | Больные с неосложнён- ной ЖКБ | Больные с ослож- нённой ЖКБ |
| пульс | 60 -80 | 78,9 + 2,2 | 80,2 + 1,8 |
| Темп-ра |  036 С + 0,5-1,0 | 36,2 + 0,05 | 36,7 + 0,1 |
| ЛИИ | 1,6 + 0,5 | 1,9 + 0,2 | 3,5 + 1,07 |

В таблице 1 показано, что у больных с не осложнённой формой ЖКБ пульс и температура находятся в пределах нормы, но ЛИИ повышен в 1,1 раз по сравнению с нормой. У больных с осложнённой формой ЖКБ пульс находился на верхней границе нормы, температура не претерпевала существенных изменений, а ЛИИ повышался в 2,1 раз по сравнению с нормой. Следовательно, судя по средним показателям пульса и температуры можно сказать, что в обеих группах больных они изменяются в незначительной степени, или практически соответствуют норме. ЛИИ при не осложнённых формах ЖКБ повышался за счёт основного заболевания, а во второй группе больных он повышался за счёт присоединения к основному заболеванию какого-либо осложнения из выше перечисленных. Следовательно показатель ЛИИ является более достоверным в диагностике осложнённых форм ЖКБ.

# Таблица 2

Динамика ЛИИ, пульса и температуры у больных после операции.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатель | До операции | После операции |
| пульс | 76,4 + 1,4 | 82 + 1,1 |
| Темп-ра | 36,7 + 0,06 | 36,7 + 0,08 |
| ЛИИ | 2,7 + 0,4 | 2,8 + 0,6 |

В таблице 2 мы видим, что пульс и температура до операции находились в пределах нормы, но ЛИИ повышался в 1,6 раза по сравнению с нормой. После операции отмечено незначительное учащение пульса, температура не изменялась. ЛИИ повышался в 1,7 раза по сравнению с нормой. Незначительное повышение ЛИИ после операции по сравнению с ЛИИ до операции связано с травматичностью операции и поступлением в организм токсических продуктов, образующихся при разделении и размозжении тканей вследствие нарушения процессов отграничения. При адекватной терапии в послеоперационном периоде ЛИИ у больных обеих форм с ЖКБ постепенно снижался и к моменту выписки из стационара он достигал нормы (1,7 + 0,3).

В заключении надо отметить, что применение ЛИИ в условиях хирургической и терапевтической клиники имеет большое значение для оценки степени интоксикации и эффективности лечения. Наряду с высокой диагностической ценностью определение в динамике индекса по Островскому В.К.(1983) позволяет своевременно выявить развитие осложнений и прогрессирование процесса при неадекватном лечении.

Литература:

1. Фищенко А.Я. Клиническая хирургия 1989 9 Киев Здоровье стр.68-69
2. Мурашев З.М. Изменение ЛИИ в пред- и послеоперационном периоде у больных холециститом (Сов. Мед. 1975 2 стр. 112-116)
3. Островский В.К. Свитич Ю.Н. ЛИИ при острых гнойных и воспалительных заболеваний лёгких.(Вестник хирургии им. И.И. Грекова 1983 т. 131 11 стр. 21-24)
4. Верник С.Д. Применение ЛИИ для оценки эффективности лечения инфильтратов(Хирургия 1972 9 стр. 84-87)
5. Кальф-Калиф Я.Я. О ЛИИ и его практическое значение (Врачебное дело 1941 1 стр.31-33)
6. Сазонов А.М. Муромский Ю.А. Некоторые вопросы лечения острых осложнённых абсцессов лёгких (Сов. Мед. 1979 12 стр. 11-15)
7. Сухоруков В.П. О ЛИИ (Клин. Хирургия 1982 1 стр. 20-22)
8. Прохоров А.М. Большая Советская Энциклопедия. Москва Сов. Энциклопедия стр. 417
9. Прохоров А.М. Большая Советская Энциклопедия. Москва Сов. Энциклопедия стр. 223