

№1/2017

International Scientific Journal



**LEAGUE MEDICA**

European medical journal

EUROPEAN MEDICAL JOURNAL



**LEAGUE**

**MEDICA**



March, 2017  
Zagreb, Croatia  
New-line scientific project

**LEAGUE MEDICA**

**INTERNATIONAL SCIENTIFIC  
JOURNAL**

European medical journal

Liga Medica I | Međunarodni znanstveni časopis I | Europski medicinski časopis

Zagreb, Croatia



*Single photocopies of single chapters may be made for personal use as allowed by national copyright laws. Permission of the Publisher and payment of a fee is required for all other photocopying, including multiple or systematic copying, copying for advertising or promotional purposes, resale, and all forms of document delivery. Special conditions are available for educational institutions that wish to make photocopies for non-profit educational classroom use. Permission of the Publisher is required for all other derivative works, including compilations and translations. Electronic Storage or Usage Permission of the Publisher is required to store or use electronically any material contained in this work, including any chapter or part of a chapter. Except as outlined above, no part of this work may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission of the Publisher.*

**International scientific professional periodical journal "League Medica" / publishing office Zavrtnica 17– Croatia – Zagreb, 2017**

"**League Medica**" is the international scientific professional periodical journal which includes the scientific articles of students, graduate students, postdoctoral students, doctoral candidates, research scientists of higher education institutions of Europe, Russia, the countries of FSU and beyond, reflecting the processes and the changes occurring in the structure of present knowledge. It is destined for teachers, graduate students, students and people who are interested in contemporary science.

### **The editorial board**

Apolikhina Inna  
Aymedov Kostyantyn  
Bozetjeh Kovač  
Buryak Oleksandr  
Chertok Viktor  
Cvita Šimić  
Dyussebayeva Nailya  
Dzvoniv Anton  
Ema Babić  
Frank Richter  
Gertrud Borzig  
Hroshev Ihor  
Kahanov Oleh  
Karapetyan Volodymyr  
Kazimir Grgić  
Kiku Pavlo  
Kryvoshchekov Eugene  
Kyslyakov Valeriy  
Malkova Olena

Nataliya Kuzina  
Netyukhaylo Liliya  
Nicole Schmidt  
Oliynyk Anatoliy  
Paul Klein  
Pishak Vasy  
Pribislav Bošnjak  
Prokop'yev Nicolas  
Pshennikova Halyna  
Pyshnov Heorhiy  
Rašeljka Šarić  
Riznichuk Mar'yana  
Ursula Karus  
Valentina Marić  
Vlasov Mykyta  
Zakharova Nataliya  
Zaytseva Olena  
Zentsova Nataliya  
Korol' Michael  
Otto Fischer  
Anton Viktorovych

Designed by Paul Carter

Publishing office Zavrtnica 17– Croatia – Zagreb, 2017  
[www. eapps.info](http://www.eapps.info)

ISSN 3854-4660



9 773854 466988

© 2017 EAPPM "Science", Zagreb, Croatia  
© 2017 Article writers  
© 2017 All rights reserved

UDC: 616.34-007.272:616.37-002.1]-085

## EINFLUSS AUF DEN ENTEROSORPTION AUF DER ANZEIGER DEN HEMOCOAGULATION SYSTEM FÜR DIE DYNAMISCHE DARMVERSCHLUSS BEI AKUTER PANKREATITIS

## ВПЛИВ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ЕМОКОАГУЛЯЦІЇ ЗА ДИНАМІЧНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

### Khomko O.Y.

PhD, Assistent Professor für Pflege und höhere Pflegeausbildung

Bukowina Staatliche Medizinische Universität, Ukraine.

E-mail: Homko.oleg@bsmu.edu.ua

Theatralna sq., 2, Chernivtsi-city, Ukraine, 58002

### Sydorchuk R.I.

MD, Professor für Allgemeine Chirurgie

Bukowina Staatliche Medizinische Universität, Ukraine.

E-mail: rsydorchuk@ukr.net

Theatralna sq., 2, Chernivtsi-city, Ukraine, 58002

### Palianytsia A.S.

PhD, Assistent Professor für Allgemeine Chirurgie

Bukowina Staatliche Medizinische Universität, Ukraine.

E-mail: Doktoryoybolit@i.ua

### Polianskyi O.I.

Assistent für Allgemeine Chirurgie

Bukowina Staatliche Medizinische Universität, Ukraine.

E-mail: opolansky@gmail.com

### Kifak P.V.

Assistent für Anästhesiologie und Reanimation

Bukowina Staatliche Medizinische Universität, Ukraine.

E-mail: rsydorchuk@ukr.net

### Polianska T.O.

Internaturarzt in der Fachrichtung "Notfallmedizin und Katastrophenmedizin"

Bukowina Staatliche Medizinische Universität, Ukraine.

E-mail: tamdevasnema13@gmail.com

### Хомко О.Й

К.м.н., доцент кафедри догляду за хворими та

вищої медсестринської освіти ВДНЗ України

«Буковинський державний медичний університет, Україна

E-mail: Homko.oleg@bsmu.edu.ua

Театральна пл., 2, м. Чернівці, Україна, 58002

### Сидорчук Р.І.

Д.м.н., професор кафедри загальної хірургії

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний

університет», Україна

E-mail: rsydorchuk@ukr.net

### Паляниця А.С.

К.м.н., доцент кафедри загальної хірургії ВДНЗ

України «Буковинський державний медичний

університет», Україна, E-mail: Doktoryoybolit@i.ua

### Полянський О.І.

Асистент кафедри загальної хірургії ВДНЗ України

«Буковинський державний медичний університет», Україна

E-mail: opolansky@gmail.com

### Кіфяк П.В.

Асистент кафедри анестезіології та реаніматології

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний

університет», Україна, E-mail: rsydorchuk@ukr.net

### Полянська Т.О.

Лікар-інтерн за спеціальністю «Медицина

невідкладних станів та медицина катастроф»

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний

університет», Україна

E-mail: tamdevasnema13@gmail.com

**Vortrag.** Der Zweck der Studie – Die Auffindung der Veränderung Hemocoagulation und Fibrinolyse bei akuter Pankreatitis unter den Bedingungen der dynamischen Darmverschluss. In 50 Patienten mit partiellen Darmverschluss durch akute Pankreatitis beobachtet die dynamischen Veränderungen im Blut fibrinolytischen Systems in der Anwendung enterosorption Präparat "Enterogel" zusätzlich zu der Basistherapie nach die Protokollen. Es ist gezeigt die positive Wirkung der Detoxikation therapie mit Enterogel auf den Kennwert pro- und Antikoagulans System bei akuter Pankreatitis mit Darmverschluss.

**Stichwort:** Darmverschluss, akute Pankreatitis, hemocoagulation, fibrinolytische Aktivität des Blut, Enterosorption, Behandlung, Pathogenese.

**Резюме.** Мета дослідження – визначення змін систем гемокоагуляції та фібринолізу при гострому панкреатиті за умов розвитку динамічної кишкової непрохідності. У 50 хворих з частковою кишковою непрохідністю за гострого деструктивного панкреатиту спостерігали за динамікою змін гемокоагуляції фібринолітичної системи крові в процесі застосування ентросорбції препаратом Ентеросгель додатково до базової багатокомпонентної терапії відповідно до протоколів. Показаний позитивний вплив детоксакаційної терапії з використанням Ентеросгелю на показники про- та антикоагулянтних систем при гострому панкреатиті з кишковою непрохідністю.

**Ключові слова:** кишкова непрохідність, гострий панкреатит, гемокоагуляція, фібринолітична активність крові, ентросорбція, лікування, патогенез.

**Einleitung.** Die Pathogenese von akuter Pankreatitis ist deren Aktivierung von Pankreas-Enzymen, gefolgt von Autolyse der Gewebe. [7, 586-590; 14, 865-869; 15, 1340-1346]. Führende Rolle im Prozess der

Selbstverdauung gehört aktivieren Enzyme wie Trypsin, Chymotrypsin, Lipase, Phospholipase, Kallikrein und Elastase [6, 614-620; 8, 195-210; 12, 17-37]. Aktiviert proteolytischen Enzymen verursachen eine Reihe

von Änderungen sowohl in den allgemeinen Kreislauf - Proteolyse von niedrigen und hohen-Protein-, Gerinnungsstörung und kininohenez und direkt in der Bauchspeicheldrüse: Chymotrypsin verursacht eine Verschlechterung der strukturierten Proteinen, Elastase gibt Bindegewebe Basis der Körper und trägt zur Blutung, Lipase fördert verfall des Fettgewebes. [1, 178-192; 2, 29-31; 5, 312-327; 6, 614-620; 11, 67-69] Die Hydrolyse von Phospholipiden, Bildung der Vasodilatation, Histamin-Freisetzung aus labrotsyiv Aktivierung des Kallikrein-Kinin-System verursacht Schwellungen, Schmerzen und fördern die Entwicklung der Schock durch general vazodilyatatsiyevu verursacht durch die Erhöhung der vaskulären Permeabilität [9, 367-372; 10, 2081-2085]. Eine zusätzliche negative Auswirkungen auf die allgemeine Zirkulation tragen Endotoxine, durch den Zusammenbruch von Gewebestrukturen und Blutbestandteilen und vasoaktiven Substanzen, die Nierenfunktion, Leber, Gehirn zu brechen und die rheologischen Eigenschaften des Blutes verändern gebildet [3, 312-345; 4, 98-114; 13, 356-371; 14, 865-869; 15, 1340-1346; 16, 1309-1318].

**Zweck.** Studie über den Einfluss des Enterosorption auf endogenen Vergiftung und fibrinolytische Potenzial von Blut unter Verwendung Enterosgel bei der Behandlung von dynamisch Darmverschluss bei Patienten mit akuter destruktive Pankreatitis.

**Material und Methoden.** Wir untersuchten 50 Patienten (27 Männer und 23 Frauen) mit akuter Pankreatitis destruktiven im Alter von 18 und 76 Jahren. Erwerbsfähigen Alter war 76% der Patienten, ältere Menschen - 24%. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 47,96 ± 2,13 Jahren.

Die Diagnose der akuten destruktiven Pankreatitis wurde von klinischen Daten, Laborwerte von Blut- und Urinuntersuchungen, Ultraschall und Computertomographie bestätigt. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus und die bestätigte Diagnose wurde bei allen Patienten mit der Einführung der Entgiftung des Körpers Enterosgel 3-4 mal täglich und Entgiftung Lösungen. In der kombinierten Therapie einbezogen Protease-Inhibitoren, antibakterielle, Protein-Arzneimitteln.

Indikatoren Blut fibrinolytische Aktivität (Gesamt fibrinolytische Aktivität ohne enzymatische Fibrinolyse, enzymatische Fibrinolyse, die mögliche Aktivität von Plasminogen-abhängige Fibrinolyse Hageman, antiplasmin, langsam und schnell antiplasmin, lösliche Fibrinmonomerkomplexen, Abbauprodukte von Fibrin / Fibrinogen) und urokinaznu Aktivität des Urins durch einen Satz von Reagenzien Firma "Simko Ltd" (Ukraine) durch Verfahren N.Titsa definiert [5, 622-637]. Blutproben wurden über die Aufnahme von Patienten in der Praxis durchgeführt, bei 3, 5 und 7 Tage Krankenhausaufenthalt.

**Ergebnisse und Diskussion.** Änderungen Regulierung der Blut bei Verwendung enterosorption "Enterosgel" bei Patienten mit dynamischen Darmverschluss durch akute destruktive Pankreatitis hypocoagulation Verschiebungen im System der Regulierung der Aggregation von Blut zu Beginn der Therapie war enterosorbtsiyanoi (Tabelle 1) eine

signifikante Reduktion der potentiellen Aktivität von Plasminogen, die allmähliche Erholung der Reserven enzymatische Fibrinolyse geändert.

Am siebten Tag der Behandlung Potential von Plasminogen-Aktivität blieb unter den Referenzdaten, auch höher als bei einer herkömmlichen Behandlung. Ähnliche Veränderungen wurden für die Intensität der Hageman-abhängigen Fibrinolyse beobachtet.

Gesamtplasma fibrinolytische Aktivität wuchs schneller als herkömmliche Behandlung, zusätzlich übertraf seine Struktur enzymatische Fibrinolyse, die Intensität der die 7-Tage-Beobachtung war in der Nähe des Referenzwerts. Insbesondere gegen (bezogen auf den Ergebnissen der konventionellen Therapie) Dynamik der Plasma löslichen Fibrin-Monomer-Komplexen und Fibrin-Abbauprodukte / Fibrinogen: anfänglichen starken Anstieg ihrer Ebenen variiert fortschreitende Abnahme der Plasmakonzentrationen von dieser Produkte Fibrinolyse, was auf eine Abnahme der Intensität intravazalnoho Fibrynogenezis.

Antiplasmin Aktivität allmählich aufgrund ihrer schnellen aktiven Fraktionen, während die Aktivität der langsam wirkende antiplasmin erhöhte Plasmadynamik unter enzymatische Fibrinolyse. Im Gegensatz zu herkömmlichen Behandlung gab es eine fortschreitende Rückgewinnung der Aktivität urokinase Urin, die anzeigt, dass die inkretorische Nierenfunktion verbessern. Bestimmung der fibrinolytischen Potential der Patienten bei der Entlassung (Tabelle 2) ist für den Einsatz von enterosorbtsiyanoi Therapie: im Gegensatz zu den üblichen Verlauf der Behandlung, Enterosgel die Verwendung zur Wiederherstellung der potentielle Aktivität von Plasminogen und Intensität der Hageman-abhängigen Fibrinolyse normalisierte quantitative Struktur- und Gesamt fibrinolytische Aktivität des Blutplasma und Urin erhöht urokinaznu Aktivität fast an die Steuerungsebene. Solche restliche Änderungen einschließlich erhöhte Plasmakonzentrationen von löslichen Fibrinmonomerkomplexen und Fibrin-Abbauprodukte / Fibrinogen und antiplasmin Aktivität hatten signifikant niedrigere Grad als in der konventionellen Behandlung

So sind die wichtigsten positiven Veränderungen beeinflusst enterosorbtsiyonische Therapie im Plasma fibrinolytische System vorkommen: Gewinnung von Reserven enzymatische Lyse von Fibrin urokinasische Aktivität des Urins, die Struktur des Gesamt fibrinolytische Aktivität des Blutplasmas durch eine Abnahme der Plasmamarker Inhalte verarbeitet intravaskulären gemcoagoulyation zeigen signifikante Vorteile der Sorption Therapie bei Patienten mit dynamischen Darmverschluss in der akuten destruktiven Pankreatitis mit der ursprünglichen chronometrische hypocoagulation.

**Schlussfolgerungen.** Enterosorption Droge "Enterosgel" in der Behandlung von Patienten mit dynamischen Darmverschluss durch akute destruktive Pankreatiti mit der chronometrischer Hypocoagulation - wieder Reserven enzymatische Lyse von Fibrin urokinasische Aktivität von Urin, regelt die Struktur des gesamten fibrinolytischen Aktivität von Blutplasma durch eine Abnahme der Plasmagehalt von Markern von intravaskulären gemcoagoulyation Prozesse.

#### REFERENCES:

1. Bokarev I.N. Vnutrisudistoe svertyanie krovi. / I. N. Bokarev, B. M. SHCHepotkin, YA.M. Ena // - K.: Zdorov'ya, 1989. – 298 s.
2. Petrusheva L.D. Narusheniya mikrocirkulyacii i reologicheskikh svojstv krovi u bol'nyh ostrym pankreatitom. / L.D. Petrusheva. // Klinicheskaya hirurgiya. – 1988. – № 12. – S.29-31.
3. Filin V.I. Neotlozhnaya pankreatologiya. / V.I.Filin, A.L. Kostyuchenko // Sankt-Peterburg: "Piter", 1994. – 410 s.
4. SHalimov S.A. Ostryj pankreatit i ego oslozhneniya. / SHalimov S.A., Radzihovskij A.P., Nechitajlo M.E. // - Kiev, Nauk. dumka, 1990. – 271 s.
5. EHnciklopediya klinicheskikh laboratornyh testov: per. s angl. / Pod red. V.V. Men'shikova. – M.: Labinform, 1997. – 960 s.
6. Acute pancreatitis and normoamylasemia. Not an uncommon combination. / [Clavien P A, Robert J, Meyer P. et al.] //

Ann Surg. – 1989. – №210 (5). – P. 614-620.

7. Bradley E L. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992. / E L. Bradley // Arch Surg. – 1993. – №128(5) – P. 586-590.

8. Diagnosis, objective assessment of severity, and management of acute pancreatitis. Santorini consensus conference. / [C. Dervenis, C. D. Johnson, C. Bassi et al]. // Int J Pancreatol. – 1999. – №25(3). – P. 195-210.

9. Hemoconcentration is an early marker for organ failure and necrotizing pancreatitis. / [Brown A, Orav B, Banks P A. et al.] // Pancreas. – 2000. – №20(4). – P. 367-372.

10. Hemoconcentration: an early marker of severe and/or necrotizing pancreatitis? A critical appraisal. / [Lankisch P G, Mahlke R, Blum T. et al.] // Am J Gastroenterol. – 2001. – №96(7). – P. 2081-2085.

11. King L. G. The lipase to amylase ratio in acute pancreatitis. / L. G. King, C. B. Seelig, J. E. Ranney. // Am J Gastroenterol. – 1995. – №90(1). – P. 67-69.

12. Papachristou G. I. Inflammatory markers of disease severity in acute pancreatitis. / G. I. Papachristou, D. C. Whitcomb. // Clin Lab Med. – 2005. – №25(1). – P. 17-37.

13. Parenti D. M. Infectious causes of acute pancreatitis. / D. M. Parenti, W. Steinberg, P. Kang. // Pancreas. – 1996. – №13(4). – P. 356-371.

14. Prevalence of normal serum amylase levels in patients with acute alcoholic pancreatitis. / [Spechler S J, Dalton J W, Robbins A H. et al.] // Dig Dis Sci. 1983. – №28(10). – P. 865-869.

15. Prognostic factors in acute pancreatitis. / [Blamey S L, Imrie C W, O'Neill J. et al.] // Gut. – 1984. – №25(12). – P. 1340-1346.

16. Yadav D. A critical evaluation of laboratory tests in acute pancreatitis. / D. Yadav, N. Agarwal, C. S. Pitchumoni // Am J Gastroenterol. – 2002. – №97(6). – P. 1309-1318.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бокарев И.Н. Внутрисосудистое свертывание крови. / И. Н. Бокарев, Б. М. Щепоткин, Я.М. Ена // - К.: Здоров'я, 1989. – 298 с.

2. Петрушева Л.Д. Нарушения микроциркуляции и реологических свойств крови у больных острым панкреатитом. / Л.Д. Петрушева. // Клиническая хирургия. – 1988. – № 12. – С.29-31.

3. Филин В.И. Неотложная панкреатология. / В.И.Филин, А.Л. Костюченко // Санкт-Петербург: "Питер", 1994. – 410 с.

4. Шалимов С.А. Острый панкреатит и его осложнения. / Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Нечитайло М.Е. // - Киев, Наук. думка, 1990. – 271 с.

5. Энциклопедия клинических лабораторных тестов: пер. с англ. / Под ред. В.В. Меньшикова. – М.: Лабинформ, 1997. – 960 с.

6. Acute pancreatitis and normoamylasemia. Not an uncommon combination. / [Clavien P A, Robert J, Meyer P. et al.] // Ann Surg. – 1989. – №210 (5). – P. 614-620.

7. Bradley E L. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992. / E L. Bradley // Arch Surg. – 1993. – №128(5) – P. 586-590.

8. Diagnosis, objective assessment of severity, and management of acute pancreatitis. Santorini consensus conference. / [C. Dervenis, C. D. Johnson, C. Bassi et al]. // Int J Pancreatol. – 1999. – №25(3). – P. 195-210.

9. Hemoconcentration is an early marker for organ failure and necrotizing pancreatitis. / [Brown A, Orav B, Banks P A. et al.] // Pancreas. – 2000. – №20(4). – P. 367-372.

10. Hemoconcentration: an early marker of severe and/or necrotizing pancreatitis? A critical appraisal. / [Lankisch P G, Mahlke R, Blum T. et al.] // Am J Gastroenterol. – 2001. – №96(7). – P. 2081-2085.

11. King L. G. The lipase to amylase ratio in acute pancreatitis. / L. G. King, C. B. Seelig, J. E. Ranney. // Am J Gastroenterol. – 1995. – №90(1). – P. 67-69.

12. Papachristou G. I. Inflammatory markers of disease severity in acute pancreatitis. / G. I. Papachristou, D. C. Whitcomb. // Clin Lab Med. – 2005. – №25(1). – P. 17-37.

13. Parenti D. M. Infectious causes of acute pancreatitis. / D. M. Parenti, W. Steinberg, P. Kang. // Pancreas. – 1996. – №13(4). – P. 356-371.

14. Prevalence of normal serum amylase levels in patients with acute alcoholic pancreatitis. / [Spechler S J, Dalton J W, Robbins A H. et al.] // Dig Dis Sci. 1983. – №28(10). – P. 865-869.

15. Prognostic factors in acute pancreatitis. / [Blamey S L, Imrie C W, O'Neill J. et al.] // Gut. – 1984. – №25(12). – P. 1340-1346.

16. Yadav D. A critical evaluation of laboratory tests in acute pancreatitis. / D. Yadav, N. Agarwal, C. S. Pitchumoni // Am J Gastroenterol. – 2002. – №97(6). – P. 1309-1318.

Tabelle 1. Bedingung fibrinolytische Potenzial der Blutgruppen von Patienten bei der Entlassung (x ± Sh)

Indikatoren	Kontrolle (n=29)	Die konventionelle Behandlung (n = 23)				Die konventionelle Behandlung + Enterogel (n = 27)			
		1 Tag	3 Tag	5 Tag	7 Tag	1 Tag	3 Tag	5 Tag	7 Tag
Insgesamt fibrinolytische Aktivität, E440 / ml / Stunde	3,85±0,06	1,51 ± 0,03 p<0,001	2,02 ± 0,14 p<0,001	2,02 ± 0,08 p<0,001	2,81±0,16 p<0,001	1,79 ± 0,04 p<0,001 p1<0,001	2,30 ± 0,04 p<0,001	2,77 ± 0,05 p<0,001 p5<0,001	3,16 ± 0,06 p<0,001 p7<0,05
Nicht enzymatische Fibrinolyse E440/ml/ Stunde	0,69±0,02	0,71 ± 0,02	0,98±0,07 p<0,001	1,03 ± 0,04 p<0,001	1,84 ± 0,14 p<0,001	0,66 ± 0,01 p1<0,05	0,70 ± 0,01 p3<0,001	0,86 ± 0,01 p<0,001 p5<0,001	0,74 ± 0,01 p<0,05 p7<0,001
Enzymatische Fibrinolyse E440/ml/ Stunde	3,16 ± 0,06	0,80 ± 0,02 p<0,001	1,04±0,08 p<0,001	1,03 ± 0,03 p<0,001	0,96 ± 0,03 p<0,001	1,12 ± 0,04 p<0,001 p1<0,001	1,60 ± 0,04 p<0,001 p3<0,001	1,91 ± 0,05 p<0,001 p5<0,001	2,41 ± 0,06 p<0,001 p7<0,001
Mögliche Aktivität von Plasminogen, min	12,68±0,19	16,52 ± 0,36 p<0,001	18,00 ± 0,38 p<0,001	19,48 ± 0,37 p<0,001	21,70 ± 0,35 p<0,001	21,15 ± 0,34 p<0,001 p1<0,001	18,48 ± 0,22 p<0,001	17,04 ± 0,19 p<0,001 p5<0,001	15,81 ± 0,15 p<0,001 p7<0,001
Hageman-abhängigen Fibrinolyse, min	12,27± 0,16	15,52 ± 0,37 p<0,001	17,48 ± 0,45 p<0,001	19,61 ± 0,40 p<0,001	21,74 ± 0,33 p<0,001	23,41 ± 0,30 p<0,001 p1<0,001	18,89 ± 0,22 p<0,001 p3<0,01	16,89 ± 0,15 p<0,001 p5<0,001	15,00 ± 0,15 p<0,001 p7<0,001
Antiplasmin, %	101,24 ± 0,61	117,52 ± 1,03 p<0,001	121,61 ± 0,75 p<0,001	126,39 ± 0,90 p<0,001	132,61 ± 0,90 p<0,001	129,74 ± 1,24 p<0,001 p1<0,001	122,26 ± 0,84 p<0,001	119,85 ± 0,62 p<0,001 p5<0,001	121,92 ± 0,37 p<0,001 p7<0,001
Langsam wirkende anti-Plasmin%	103,15 ± 0,49	113,17 ± 1,35 p<0,001	118,48 ± 0,99 p<0,001	123,56 ± 1,07 p<0,001	130,39 ± 0,91 p<0,001	129,96 ± 1,15 p<0,001 p1<0,001	128,33 ± 0,81 p<0,001 p3<0,001	132,48 ± 0,41 p<0,001 p5<0,001	134,67 ± 0,42 p<0,001 p7<0,001
Schnelle Wirkung antiplasmin%	92,86 ± 0,83	108,17 ± 0,64 p<0,001	106,52 ± 0,50 p<0,001	104,00 ± 0,45 p<0,001	102,43 ± 0,41 p<0,001	105,18 ± 0,56 p<0,001 p1<0,001	102,92 ± 0,45 p<0,001 p3<0,001	96,33 ± 0,39 p<0,001 p5<0,001	93,74 ± 0,37 p7<0,001
Löslichen Fibrin-Monomer-Komplexen, mkg / ml	0,54± 0,11	1,39 ± 0,23 p<0,001	3,13 ± 0,24 p<0,001	5,65 ± 0,45 p<0,001	12,35 ± 0,90 p<0,001	16,59 ± 1,94 p<0,001 p1<0,001	11,48 ± 1,68 p<0,001 p3<0,001	6,89 ± 0,83 p<0,001	3,48 ± 0,42 p<0,001 p7<0,001
Abbauprodukte von Fibrin / Fibrinogen, mkg / ml	0,27± 0,08	0,96 ± 0,21 p<0,01	2,35 ± 0,27 p<0,001	5,39 ± 0,70 p<0,001	12,52 ± 1,90 p<0,001	8,52 ± 0,86 p<0,001 p1<0,001	3,85 ± 0,38 p<0,001 p3<0,002	3,33 ± 0,26 p<0,001 p5<0,01	2,37 ± 0,18 p<0,001 p7<0,001
Urokinazna Urin Aktivitätseinheiten	33,76± 0,34	17,61 ± 0,45 p<0,001	15,35 ± 0,44 p<0,001	13,52 ± 0,49 p<0,001	11,78 ± 0,44 p<0,001	14,52 ± 0,53 p<0,001 p1<0,001	18,92 ± 0,52 p<0,001 p3<0,001	22,11 ± 0,38 p<0,001 p5<0,001	26,26 ± 0,42 p<0,001 p7<0,001

Beachten: n - Anzahl der Beobachtungen, P - Wahrscheinlichkeit Unterschiede Relative Steuer, P1, P3, P3, P7 - der Grad der Wahrscheinlichkeit der Varianz in der Leistung im Vergleich zu den Steuerdaten zu den entsprechenden täglichen Beobachtungen

Tabelle 2. Bedingung fibrinolytische Potenzial der Blutgruppen von Patienten bei der Entlassung ( $x \pm Sh$ )

Die Indikatoren untersucht	Kontrolle (n = 29)	die konventionelle Behandlung (n=23)		Die konventionelle Behandlung + Enterogel (n = 27)	
		7 Tag	Bei der Entlassung	7 Tag	Bei der Entlassung
Insgesamt fibrinolytische Aktivität, E440 / ml / Stunde	3,85±0,06	2,81±0,16	1,92±0,18 p7<0,001	3,16±0,06	3,63±0,06 p7<0,001 pK<0,01 pB<0,001
Nicht enzymatische Fibrinolyse E440/ml/Stunde	0,69±0,02	1,84±0,14	0,98±0,15 p7<0,001	0,74±0,01	0,65±0,01 p7<0,001 pB<0,05
Enzymatische Fibrinolyse E440/ml/Stunde	3,16±0,06	0,96±0,03	0,94±0,13 pK<0,001	2,41±0,06	2,97±0,06 p7<0,001 pK<0,05 pB<0,001
Mögliche Aktivität von Plasminogen, min	12,68±0,19	21,70±0,35	22,48±1,35 pK<0,001	15,81±0,15	13,78±0,19 p7<0,001 pK<0,001 pB<0,001
Hageman-abhängigen Fibrinolyse, min	12,27±0,16	21,74±0,33	20,18±0,98 pK<0,001	15,00±0,15	12,33±0,21 p7<0,001 pB<0,001
Antiplasmin, %	101,24±0,61	132,61±0,90	116,91±1,42 p7<0,001 pK<0,001	121,92±0,37	108,22±0,57 p7<0,001 pK<0,001 pB<0,001
Langsam wirkende anti-Plasmin%	103,15±0,49	130,39±0,91	117,25±1,06 p7<0,001 pK<0,001	134,67±0,42	107,41±0,65 p7<0,001 pK<0,001 pB<0,001
Schnelle Wirkung anti-plasmin%	92,86±0,83	102,43±0,41	93,84±2,10 p7<0,001	93,74±0,37	102,18±0,42 p7<0,001 pK<0,001 pB<0,001
Löslichen Fibrin-Monomer-Komplexen, mkg / ml	0,54±0,11	12,35±0,90	5,39±0,82 p7<0,001 pK<0,001	3,48±0,42	1,78±0,27 p7<0,001 pK<0,001 pB<0,001
Abbauprodukte von Fibrin / Fibrinogen, mkg / ml	0,27±0,08	12,52±1,90	4,40±0,55 p7<0,001 pK<0,001	2,37±0,18	1,04±0,19 p7<0,001 pK<0,001 pB<0,001
Urokinazna Urin Aktivitätseinheiten	33,76±0,34	11,78±0,44	13,00±1,06 pK<0,001	26,26±0,42	30,44±0,46 p7<0,001 pK<0,001 pB<0,001

**Beachten:** P7 - der Grad der Wahrscheinlichkeit der Varianz in der Leistung, wenn die sich mit einem siebten Tag der Behandlung innerhalb jeder Untergruppe, Pk - der Grad der Wahrscheinlichkeit der Varianz in der Leistung bei der Entlassung im Vergleich zur Kontrolle, PB- der Grad der Wahrscheinlichkeit der Inter-Gruppen-Unterschiede bei der Entlassung Indikatoren, n - Anzahl der Beobachtungen