

недостатка пентоз для синтеза нуклеотидов. Введение ацетилглутамин, AS2-5, AS2-1 и композиции 1 приводило к повышению уровня свободной глюкозы, что может быть обусловлено активацией глюкозо-6-фосфатазной реакции и свидетельствует об ослаблении "гипогликемического давления" опухоли на организм. Содержание молочной кислоты в печени уменьшалось после применения AS2-5, композиции 1 и AS2-1. Это свидетельствует об активации процессов утилизации лактата и сопровождается увеличением активности ЛДГ, утилизирующей лактат.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в печени крыс-опухоленосителей РС-1 при введении производных L-глутамин и L-фенилаланин снижается активность реакций гликолиза и пентозофосфатного цикла, уменьшается наработка лактата и повышается концентрация свободной глюкозы в печени. Эти изменения могут способствовать восстановлению нарушенного энергетического обмена в нормальных тканях организма и снижению напряженности компенсаторных механизмов, поддерживающих постоянство углеводного обмена в организме опухоленосителя.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ: ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Баковец Л.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д. м. н., профессор Дубровщик О.И.

Актуальность. Частота гастродуоденальных кровотечений (ГДК) в Беларуси увеличилась за последние 10 лет на 43,8%. Произошел патоморфоз язвенной болезни, она стала более тяжелой, упорной в течении процесса, более склонной к осложнению кровотечением. В связи с этим поиск возможных путей и способов улучшения результатов лечения оставляет эту проблему в числе актуальных [1].

Цель. На основе анализа результатов лечения больных с ГДК, оценить эффективность разработанного в клинике комплекса лечебно-диагностических мероприятий.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 1191 пациента с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), осложненных кровотечением, госпитализированных в центр ГДК на базе УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» с 2007 по 2012 г. Пациенты были в возрасте от 18 до 102 лет. У 475 (39,9%) пациентов диагностирована ЯБЖ, из них женщин было 170 (35,8%), мужчин – 305 (64,2%). У 716 (60,1%) пациентов диагностирована ЯБДК, женщин было 177 (24,7%), мужчин – 539 (75,3%). При этом кровотечения из острых язв желудка наблюдали у 165 (13,9%) и двенадцатиперстной кишки у 97 (8,1%), кровотечения из хронических язв желудка – 310 (65,3%) и двенадцатиперстной кишки – 619 (86,5%). В реанимационное отделение госпитализировано 192 (16,1%) больных, хирургическое – 959 (80,5%) и терапевтическое – 40 (3,4%). Всем пациентам была выполнена неотложная фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), полное лабораторное исследование: общеклинический и биохимический анализы крови, определение объема кровопотери, коагулограммы. При продолжающемся кровотечении у 250 (21,1%) пациентов выполнен эндогемостаз комбинированными методиками, принятыми в клинике. У 22 (1,8%) при краевой эрозии сосуда эффективный гемостаз достигнут клипированием. Нестабильный эндогемостаз наблюдали у 38 (3,1%) больных.

Результаты. Оперативному лечению подвергнуто 50 (4,2%) больных: при неэффективном эндогемостазе и продолжающемся кровотечении у 10 (0,8%), при рецидиве кровотечения у 8 (0,7%), при нестабильном эндогемостазе у 6 (0,5%) и в плановом порядке оперировано 26 (2,2%) больных. Выполнены следующие объемы операций: резекция желудка по Г-Ф – у 11 (0,9%), резекция желудка по Б-1 – у 6 (0,5%), клиновидная резекция желудка – у 1 (0,1%), иссечение язвенного субстрата с дуоденопластикой и стволовой ваготомией – у 13 (1,1%), иссечение язвенного субстрата с дуоденопластикой – у 2 (0,2%), прошивание кровоточащих сосудов в язве со стволовой ваготомией – у 5 (0,4%) и пилоропластика по Финнею – у 12 (1%) пациентов. У пациентов с впервые установленным диагнозом язвенной болезни при кровотечении из острых язв, оперативное лечение не проводилось, так как это были пациенты пожилого и старческого возраста, принимающие стероидные и/или нестероидные противовоспалительные препараты. Консервативное лечение проводилось у 1141 (95,8%) больных. В послеоперационном периоде умерло 27 (2,3%) больных.

Выводы. Главным требованием к операции при кровотечении считаем удаление самого язвенного субстрата, обеспечивающего стабильный окончательный гемостаз. При кровотечении из хронической язвы желудка методом выбора хирургического лечения считаем резекцию желудка, в исключительных случаях – иссечение язвы. Во всех случаях кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки считаем правомочным выполнение резекции желудка, отдавая предпочтение органосохраняющим операциям.

Литература:

Язвенные желудочно-кишечные кровотечения / Стойко Ю.М. [и др.] // Хирургия. – 2002. – №8. – С. 32-35.

ВЛИЯНИЕ ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ НА МИОКАРД 2-СУТОЧНОГО ПОТОМСТВА

Балбатун А.С., Юстинская Э.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – к.б.н. Барабан О.В.

Холестаз беременных – осложнение второй половины беременности, сопровождающееся интенсивным кожным зудом и желтухой, полностью регрессирующее после родоразрешения. Но при этом известно, что перинатальная смертность при холестазе беременных составляет 25%. Ранний неонатальный период характеризуется пренатальной гипотрофией, развитием геморрагического синдрома, конъюгационной желтухи, внутриутробного инфицирования, респираторного дистресссиндрома, нарушения мозгового кровообращения потомства. Некоторые ученые отмечают отставание в становлении органов пищеварительной, мочевыделительной и половой систем с деструктивными изменениями дифференцирующихся клеток. Однако в литературе нет данных о влиянии данной патологии на становление миокарда потомства в постнатальный период.

Цель исследования – оценить влияние холестаза матери, вызванного на 17 сутки беременности, на структуру кардиомиоцитов левого желудочка 2-суточного потомства.

Эксперимент проведен на 16 крысах массой 6 ± 1 г, 9 из которых родились в условиях холестаза. Подпеченочный холестаз у беременных самок крыс моделировали путем перевязки общего желчного протока на 17-е сутки беременности. 7 крысят контрольной группы родились от 7 самок крыс, которым в тот же срок беременности проводили лапаротомию без наложения лигатуры на общий желчный проток. Крысят контрольной и опытной групп по достижению ими 2-суточного возраста осматривали, взвешивали, усыпляли парами эфира и декапитировали. Сердце быстро извлекали, фиксировали в жидкости Карнуа и заключали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином для гистологических исследований. В миокарде определяли ширину кардиомиоцитов, площадь, периметр и диаметр ядер с помощью компьютерного анализатора изображения, используя программу Image Warp (It. Lab, Беларусь). Результаты исследования представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей. Полученные данные обрабатывали методами непараметрической статистики с помощью программы Statistica 6.0 для Windows (StatSoft Inc., США). Сравнение групп по одному признаку проводили с помощью критерия Манна-Уитни.

Холестаз матери, экспериментально вызванный на 17 сутки беременности, приводит к снижению массы тела потомства на 9,0% ($p = 0,01$). При этом масса сердца в исследуемых группах статистически значимо не отличается и у контрольных животных составляет 42 (38; 48) мг, а у опытных – 43 (41; 45) мг. В миокарде 2-суточных крысят выявляется 3 слоя мышечных клеток. Наружный слой содержит кардиомиоциты, формирующие продольные пучки, в среднем слое обнаруживаются циркулярные тяжи клеток, внутренний слой, прилежащий к эндокарду выражен слабо. Цитоплазма продольно ориентированных кардиомиоцитов окрашивается не равномерно оксифильно. Ширина кардиомиоцитов составляет 6,3 (6,2; 6,7) мкм. В клетках обнаруживается одно, но чаще два светлых ядра, локализующихся в центральной части. Площадь ядра составляет 34,4 (32,8; 36,5) мкм², максимальный диаметр – 9,0 (8,8; 9,6) мкм, минимальный диаметр – 4,5 (4,4; 5,0) мкм, периметр 23,8 (22,9; 24,5) мкм. Форма ядра эллипсовидная, форм-фактор равен 0,8 (0,7; 0,8).

У 2-суточных крысят, родившихся от матерей с холестазом, ширина кардиомиоцитов составляет 6,4 (6,2; 6,6) мкм, площадь ядра – 33,8 (33,2; 35,6) мкм², максимальный диаметр – 8,9 (8,6; 8,9) мкм, минимальный диаметр – 4,9 (4,6; 4,9) мкм, периметр 23,2 (22,7; 23,7) мкм, а форм-фактор – 0,8 (0,7; 0,8). Полученные данные статистически значимо не отличаются от контрольных