

при спаечной кишечной непроходимости явилась несостоятельность швов в зоне ушивания десерозированных участков кишки. Свищи после резекции желудка возникли как результат несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки.

**Результаты.** Больные с губовидными кишечными свищами были оперированы. Основным оперативным вмешательством являлась резекция участка кишки с наложением межкишечного анастомоза. В послеоперационном периоде умерло двое больных. Больным с трубчатыми неполными кишечными свищами (16 пациентов) в комплексном лечении применялись эластические обтураторы. Они вводились в свищевой ход, для уменьшения потерь кишечного содержимого. По мере уменьшения свищевого хода диаметр вводимого эластического обтуратора уменьшался. У 14 больных трубчатые свищи закрылись самостоятельно, двое больных были оперированы.

**Заключение.** Таким образом, лечение наружных кишечных свищей требует индивидуального подхода к выбору метода лечения. Больные с неполными трубчатыми свищами могут успешно лечиться с применением эластических обтураторов.

## **ДОСТОВЕРНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ**

**Сопотько А. А., Заневская Е. С.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Довнар И.С.*

Полипы желчного пузыря, по литературным данным, встречается у 3–4% населения. Тактика лечения данных доброкачественных образований не отличается от лечения полипов других локализаций органов желудочно-кишечного тракта. Большинство хирургов рассматривают полипы желчного пузыря как новообразования, склонные к малигнизации, которая составляет, согласно литературным сведениям, около 5% [1]. Так как выполнить изолированную полипэктомию практически невозможно, операцией выбора остается холецистэктомия.

Основным методом диагностики заболевания в настоящее время является ультразвуковое исследование (УЗИ).

**Цель нашего исследования** – изучение достоверности УЗИ в диагностике полипов желчного пузыря. Для выполнения поставленной цели проведен анализ данных дооперационного УЗИ с результатами гистологического исследования желчного пузыря после выполнения холецистэктомии.

Аналізу подвергнуто 66 историй болезней больных, оперированных по поводу полипов желчного пузыря в УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2000 по 2010 год. Холецистэктомии выполнены 30 (45,0%) мужчинам, и 36 (55,0%) женщинам. Средний возраст мужчин составил 44,4 года, женщин – 43,4 года. Из анамнестических данных было установлено, что у 14 (21,2%) пациентов полипы были впервые выявлены от 5 до 10 лет назад, у 22 (33,3%) – от 2 до 4 лет, но большинство 30 (45,5%) пациентов были оперированы в течение года после ультразвуковой диагностики заболевания. При УЗИ одиночные полипы были выявлены у 19 (28,8%) пациентов, множественные полипы – у 44 (67,3%) больных. У (3,9%) пациентов, по данным УЗИ, полипы желчного пузыря сочетались с желчнокаменной болезнью. Средний размер полипов составил 0,62 см. У абсолютного числа больных – 61 (92,4%) – при УЗИ утолщения стенок пузыря не обнаружено.

Исследование желчного пузыря в послеоперационном периоде подтвердило наличие полипов у 39 (59,1%) больных. При гистологическом исследовании в большинстве случаев выявлены аденоматозные полипы. У 10 (15,2 %) пациентов полипы были единичные, а у 11 (16,7%) больных выявлен полипоз желчного пузыря. У 5 (7,6%) больных макро- и микроскопически полипы обнаружены не были, но выявлен холестероз желчного пузыря. Следует отметить, что у 28 (38,4%) пациентов выявлена желчнокаменная болезнь, а не полипоз.

При гистологическом исследовании не было выявлено ни одного случая малигнизации, поэтому следует сделать вывод, что частота малигнизации в литературных источниках преувеличена.

Таким образом, в результате исследования мы определили, что достоверность УЗИ в диагностике полипов желчного пузыря составляет 32,8 %. В 43,75 % ЖКБ имитировала наличие полипов.

Литература:

1. Polypoid lesions of the gallbladder.// The American Journal of Surgery. – 2004- Vol.188- Issue 2 – P. 186–190.

2. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer./ Kwon W, Jang JY, Lee SE et-al. // J. Korean Med. J.Sci. Sci. 2009; 24 (3): 481–7.

## **АКТИВНОСТЬ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТАЗЫ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

**Софищенко М.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биохимии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Масловская А.А.*

Хроническое поступление этанола в организм приводит к выраженному дисбалансу гомеостаза [2, 3]. Печень является основным органом, участвующим в катаболизме этанола, что является важным фактором, приводящим к повреждению этого органа. Выявление метаболических изменений в ткани печени позволит разрабатывать методы их коррекции и учитывать при реабилитации больных алкоголизмом.

Фермент гепатоцитов глюкозо-6-фосфатаза (КФ 3.1.3.9) катализирует реакцию гидролиза глюкозо-6-фосфата с образованием свободной глюкозы, являющейся конечным продуктом как гликогенолиза, так и глюконеогенеза [1]. Поступающая в кровь из печени глюкоза обеспечивает поддержание уровня гликемии в промежутках между приемами пищи (за счет гликогенолиза) или во время более длительного голодания (за счет глюконеогенеза).

**Целью** исследования явилось: оценить глюкозообразовательную функцию печени по ою активности глюкозо-6-фосфатазы у крыс при моделировании хронической и прерывистой алкогольной интоксикации.

**Материалы и методы.** Опыты проведены на белых беспородных крысах-самцах массой  $200 \pm 20$  г, содержащихся на стандартном рационе вивария при свободном доступе к воде. Для создания модели хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) опытным животным в течение 28 суток вводили внутрижелудочно 25% раствор этанола из расчёта 3,5 г/кг массы тела 2 раза в сутки. В другой группе крыс использовали модель прерывистой алкогольной интоксикации (ПАИ), в которой периоды введения этанола чередовались с периодами его отмены: животные получали этанол в такой же дозе, как и при ХАИ, аналогичным способом, по схеме: 4 суток этанол, 3 суток отмена (4 раза), суммарная продолжительность эксперимента 28 суток. Модель ПАИ соответствует ситуациям, наблюдающимся в реальной жизни, когда периоды интенсивного потребления спиртного чередуются с периодами воздержания (сопутствующей абстиненции), и характеризуется как запойное прерывистое пьянство. Соответствующим контрольным группам животных вводили внутрибрюшинно 0,9% раствор NaCl аналогично экспериментальным воздействиям в опытных группах. В надссадочной фракции гомогената печени определяли активность глюкозо-6-фосфатазы [4].

**Результаты и обсуждение.** При ХАИ наблюдалось снижение активности глюкозо-6-фосфатазы в печени крыс на 18%, что свидетельствует об уменьшении образования свободной глюкозы печенью. У животных с ПАИ активность фермента увеличивается на 40%, что указывает на увеличение образования свободной глюкозы печенью и может быть обусловлено стресс-реакцией, вызванной отменой этанола.