

Расчет LD50 производили по методу Кербера, с использованием формулы: $LD50 = LD100 - (\sum (Z \times D)) / m$, где LD100 – доза, вызывающая гибель 100% животных в опытной группе, Z – среднее арифметическое число животных, у которых наблюдалась учитываемая реакция под влиянием каждой двух смежных доз, D – интервал между каждыми двумя смежными дозами, m – число животных в каждой группе.

Для АГВ-23 расчет показателя LD50 имеет следующий вид:

$$LD50 = 750 - 450 : 8 = 693,75 \text{ мг/кг}$$

Выводы. Токсическое действие летальных доз АГВ-23 проявлялось снижением двигательной активности, общим угнетением с последующим развитием конвульсий, сменяющихся адинамией. С учётом рассчитанной по методу Кербера LD50, которая для исследуемого соединения составила 693,75 мг/кг, согласно общепринятой гигиенической классификации (ГОСТ 12.1.007-76) АГВ-23 можно отнести к 3-му классу опасности – вещества умеренно опасные.

Анальгетический эффект АГВ-23 проявляется в дозе 10 мг/кг, т.е. 1/70 LD50 [3]. LD50 для диклофенака, по данным фирм-производителей, при подкожном введении мышам составляет 390 мг/кг [4]. Поэтому АГВ-23 отличается от диклофенака более благоприятным соотношением эффективности и безопасности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Biological Potential and Chemical Properties of Pyridine and Piperidine Fused Pyridazine Compounds: Pyridopyridazine a Versatile Nucleus / M. Asif // – Asian Journal of Chemistry and Pharmaceutical Sciences. – 2016. – №1(1). – С.29-35.

2. An overview of the synthetic routes to the best selling drugs containing 6-membered heterocycles / M. Baumann, I. R. Vaxendale // – Beilstein Journal of Organic Chemistry. – 2013. – №9. – С. 2269-2319.

3. Василюк, А.А. Сравнение анальгетических свойств новых производных пиперидина на моделях термического и химического раздражения / А.А. Василюк [и др.] // Актуальные вопросы современной медицины и фармации: материалы 72-й науч.-практ. конф. студентов и молодых учёных, Витебск 12-13 мая 2020 г. / ВГМУ. – Витебск, 2020. – С. 687.

4. Safety data sheet: Diclofenac (sodium salt) [Электронный ресурс] // – Режим доступа <https://www.caymanchem.com/msdss/70680m.pdf>. – Дата доступа: 14.12.2020.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Ващенко В. В., Дешук А. Н., Русин И. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Одним из самых грозных осложнений сахарного диабета (СД) является развитие синдрома диабетической стопы, зачастую приводящих к разви-

тию гнойно-некротических процессов и гангрены конечности. Постоянные неуклонный рост количества пациентов с данной патологией, Влечет за собой рост и количество ампутации пальцев стоп, частей стопы, ампутация на уровне голени и бедра, зачастую приводящих глубокой инвалидности пациентов[1,2]

Цель. Проанализировать общую структуру гнойно-некротических поражений синдрома диабетической стопы (СДС), а также результаты хирургического лечения пациентов с данной патологией в условиях общехирургического отделения стационара.

Методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 440 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы, находившихся на стационарном лечении в гнойном хирургическом отделении УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» в 2015-2019 годах.

Результаты и их обсуждение. При анализе данных получено следующее: за 2019 год в отделение госпитализировано (по экстренным плановым показаниям) и пролечено 100 человек. По полу они распределились следующим образом: 41 мужчина, 59 женщин. Количество прооперированных пациентов составило 14 человек(14 %). Выполнены следующие виды первичных операций: ампутация (экзартикуляция) пальцев стопы у 8 человек(8%), ампутация (по Шарпу, Шапару, Лисфранку) на уровне стопы-0, ампутация на уровне голени 1(1%), ампутации на уровне бедра 3 (3%), некрэктомия -2 (2%).

В предыдущих годах. В 2018- госпитализирован 41 пациент. Мужчин-20 (48,78%), женщин-21(51,22%). Оперировано на пальцах стоп- 2 (4,88%), на стопе-0.голень-0, бедро -3(7,32%), некрэктомий -0.

В 2017- госпитализирован 60 пациент. Мужчин-37 (61,66%), женщин-23(48,34%). Оперировано на пальцах стоп- 1(1,66%), на стопе- 1(1,66%), голень-0, бедро -0, некрэктомий -0.

В 2016- госпитализировано 111 пациентов. Мужчин-64 (57,65%), женщин-47(42,35%). Оперировано на пальцах стоп- 1(0,9%), на стопе- 1(0,9%), голень-1(0,9%), бедро -2 (1,8%), некрэктомий -3(2,7%),

В 2015 было госпитализировано 126 человек. Мужчин-74 (58,73%), женщин-52(41,27%). Оперировано на пальцах стоп- 0, на стопе- 1(0,79%), голень-0, бедро -0, некрэктомий -3(2,38%)

Выводы. Таким образом, нами отмечен значительный рост числа пациентов с сахарным диабетом находившихся на стационарном лечении в клинике с 2017 по 2019 годы. Следует также отметить возросшее количество операций по поводу осложнений сахарного диабета, связанных с синдромом диабетической стопы общественности высокая и число ампутации и экзартикуляции пальцев а также сохраняющиеся высоким количеством мутации на уровне бедра которые приводят к инвалидности глубокой инвалидности пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войнов А.В., Бедров А.Я, Воинов В.А. Синдром диабетической стопы. Вестник хирургии. 2012. - №3. – С. 106-109.
2. Игнатович И.Н., Кондратенко Г.Г., Сергеев Г.А., Корышев С.Н., Храпов И.М. Результаты лечения пациентов с хронической критической ишемией при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы. Хирургия. 2011. -№ 6. –С. 51-74.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Величко А. В., Зыблев С. Л.

*Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии
человека*

Актуальность. Основным лабораторным методом дифференциальной диагностики патологических образований паращитовидных желез от других образований шеи является определение уровня интактного паратгормона в сыворотке крови [1, 2]. Результат исследования основывается на разнице показателей до и после удаления паращитовидной железы. Критерием успешности проведенного оперативного лечения является точная топическая диагностика заболевания [3]. Однако использование всего арсенала диагностических исследований позволяет врачу лишь оценить функциональное состояние ПЩЖ, но не её морфологические особенности. Трудности в верификации заболевания паращитовидной железы при цитологическом исследовании ограничивают использование данного способа в топической диагностике [4]. Основными причинами неудачных паратиреоидэктомий являются эктопированные ПЩЖ, добавочные ПЩЖ, а также не выявленное до операции поражение двух и более желез. В связи с этим представляется целесообразным внедрение новых методов диагностики образований паращитовидной железы, а также дифференциальной диагностики её аденомы и гиперплазии.

Цель. Оценить применение метода конфокальной лазерной микроскопии для диагностики аденомы паращитовидной железы.

Методы исследования. Обследовано 60 пациентов, прооперированных в хирургическом отделении (трансплантации, реконструктивной и эндокринной хирургии) ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (ГУ «РНПЦ РМиЭЧ»). 30 пациентов оперированы с первичным и вторичным гиперпаратиреозом (первая группа), 30 пациентов оперированы по поводу различных заболеваний щитовидной железы (вторая группа). Пациентам второй группы выполняли тиреоидэктомию и трансплантацию паращитовидной железы ввиду нарушения её кровоснабжения при диссекции. У пациентов обеих групп определялась концентрация ПТГ в крови за 30 минут до операции и в