

нюю конечность, соответственно, в 92,3–57,8% и 92–58,8% случаев, при функционирующем шунте в 74,4–42,2% и 79–45,5% случаев.

**Выводы.** Применение протезов из ПТФЭ позволяет сократить продолжительность операции и сохранить большую подкожную аутовену для возможности последующих операций. Повышенная кровоточивость из анастомоза при выполнении БПШ протезом из ПТФЭ способна привести к увеличению КПК с развитием тромбоза шунта в раннем послеоперационном периоде. Лучшие отдаленные результаты БПШ отмечены при использовании РБПВ.

#### **Литература:**

1. Гавриленко А.В., Скрылев С.И. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей при поражениях артерий бедренно-подколенно-берцового сегмента. // Хирургия. – 2004. – № 8. – С. 22–26.

2. Асланов А.Д., Мизаушев Б.А., Логвина О.Е. Применение ксеногенных биопротезов в реконструкции артерий инфраингвинальной локализации // Вестник хирургии. – 2003 – Том 162. – № 3. – С. 85– 87.

3. Multilevel atherosclerotic lesions of the lower limbs. Simultaneous surgical and endovascular approach. A case report / P. Re [e.a.] // Chir. Ital. – 2006. – Vol.58, №2. – P. 253–258.

### **ПРИМЕНЕНИЕ УРСОСАНА И ЛАКТУЛОЗЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Божко Е.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Якубчик Т.Н.*

При циррозах печени с холестазом возникают нарушения центральной нервной системы, включающие в себя энцефалопатию метаболического генеза, отек мозга и хронические необратимые структурные его изменения. Препараты урсодеоксихолевой кислоты подавляют секрецию токсичных желчных кислот в желчь, всасывание их в подвздошной кишке и тем самым способствуют их выведению из организма.

**Цель работы:** изучить эффективность препарата урсодеоксихолевой кислоты – урсосан в сочетании с лактулозой у больных циррозом печени с холестатическим синдромом и начальными формами печеночной энцефалопатии.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 29 больных циррозом печени, класс А, В и С, из них класс – А – 14 больных, класс В – 11, класс С – 4. По этиологии: алкогольной этиологии – 11 больных, смешанной этиологии – 16, неустановленной – 2. Возраст больных колебался с 26 до 54 лет. Из них – 12 мужчин и 7 женщин. Всем больным проводилось лабораторное, инструментальное обследование для исключения органической патологии билиарного тракта и вирусного поражения печени согласно Протоколам диагностики и лечения, принятым в Республике Беларусь. Исследовали динамику лабораторных показателей: аспартатаминотрансферазу, аланинотрансферазу, общий и связанный билирубин, щелочную фосфатазу, протромбиновый индекс и/или коагулограмму, общий белок и альбумин, холестерин, мочевины, креатинин каждые 10 дней. Оценку степени выраженности печеночной энцефалопатии проводили по стандартизованному тесту «связи чисел» Рейтера до и после лечения. Лактулозу назначали по 15–30 мм 3 раза в сутки в течение 18–20 дней амбулаторного лечения. Одновременно все больные получали препарат урсосан в дозе 10 мг/кг на сутки (по 500 мг – 750 мг) после ужина.

**Результаты и обсуждение.** В результате лечения произошло улучшение общего самочувствия больных. Уже через 10 – 14 дней лечения у больных уменьшилась заторможенность, тревожность, головокружение, общая слабость, улучшился сон. У всех больных через 18 – 20 дней сократилось время, затрачиваемое на выполнение теста «связи чисел» Рейтера – с  $59,62 \pm 1,23$  сек, до  $37,53 \pm 1,37$  сек ( $p \leq 0,05$ ). У 10 больных с латентной формой печеночной энцефалопатии проявления энцефалопатии исчезли. У 6 из 11 больных циррозом печени (класс В) с первой стадией печеночной энцефалопатии после курса лечения была верифици-

рована ее латентная стадия. Положительная динамика биохимических показателей отмечена у всех больных. К концу курса лечения нормализовалось содержание общего билирубина, активность щелочной фосфатазы снизилась на 49,2% снижение уровня активности аланинотрансферазы достигало 72,3% и аспартатаминотрансферазы 46,4%.

**Заключение.** Таким образом, результаты исследования подтверждают высокую эффективность сочетанного применения препарата урсodeоксихолевой кислоты Урсосан с лактулозой в лечении печеночной энцефалопатии при циррозах печени с холестазом.

#### **Литература:**

1. Буеверов А.О., Маевская М.В., Ивашкин В.Т. Дифференцированный подход к лечению алкогольных поражений печени. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктोल. 2005; 15 (5): 4–10.
2. Ивашкин В.Т., Маевская М.В. Алкогольно-вирусные заболевания печени. М.: Литера, 2007; 85–118.
3. Lazaridis KN, Gores GJ, Lindor KD. Ursodeoxycholic acid 'mechanisms of action and clinical use in hepatobiliary disorders'. J Hepatology 2001; 35 (1): 134–46.

### **СОСТОЯНИЕ ГИСТОГЕМАТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА У СТУДЕНТОВ 3-ГО КУРСА ГрГМУ В ОСЕННИЙ ПЕРИОД**

*Бондаренко А.Н., Скок А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической физиологии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Ходосовский М.Н.*

Состояние гистогематического барьера (ГГБ) определяет условия микроциркуляции, трофики тканей, резистентность организма, а также может служить информативным критерием при оценке различной патологии [1,2]. Показано, что в весенний период у студентов нарушается состояние ГГБ, что, по-видимому, связано с сезонным изменением содержания витаминов в их организме. Цель исследования оценить состояние ГГБ у студентов 3-го курса ГрГМУ в осенний период.

В сентябре-октябре 2009 г. обследовано 55 студентов 3-го курса ГрГМУ лечебного и педиатрического факультета, из которых 15 юношей и 40 девушек. Состояние гистогематического барьера оценивали с помощью пробы на резистентность сосудистой стенки (пробы Нестерова). Данная проба реализовывалась следующим образом: на внутреннюю поверхность предплечья накладывали баночку аппарата Нестерова, под которой создавали давление 0,4 кг/см<sup>2</sup> в течение 3 мин. Положительной считалась проба при наличии 40 и более петехий на коже предплечья.

Установлено, что положительная проба Нестерова наблюдалась только у 2-х человек, т.е. 3,6% случаев. Интересно отметить, что оба случая нарушения ГГБ были выявлены у юношей. Опрос показал, что данные студенты не курят и не употребляют алкоголь. У девушек проба Нестерова была отрицательной. Известно, что ГГБ нарушается при сепсисе в 100% случаев, при остром панкреатите почти в 60%, при остром холецистите менее чем в 10% случаев, а также выявлено повышение проницаемости ГГБ у студентов ГрГМУ в 39,4% случаев в весенний период [2].

Полученные данные указывают, что в осенний период нарушения ГГБ наблюдаются в 10 раз реже, чем в весенний период. Вместе с тем, тенденция преимущественного выявления данных нарушений у мужчин сохраняется. При этом в осенний период фактор вредных привычек, по-видимому, не играет существенной роли. Среди возможных причин нарушений ГГБ определенную роль у студентов могут играть пол, стресс, нарушения режима питания и наследственные особенности, а также состояния после перенесенных инфекций верхних дыхательных путей.

Таким образом, в осенний период у студентов ГрГМУ нарушения ГГБ наблюдаются в 10 раз реже, чем в весенний период.