

сочетающиеся при необходимости с малоинвазивными хирургическими мероприятиями. В возникновении морфофункциональных нарушений поджелудочной железы важная роль отводится дисбалансу в системе оксидантов-антиоксидантов. Патогенетически обосновано применение препаратов с антиоксидантной активностью. Среди новейших препаратов данной группы особое место занимает мексидол, производство которого было освоено РУП «Белмедпрепараты» в 2008 году под торговым названием мексибел.

Материалом настоящей работы являются результаты обследования и лечения 16 больных с диагнозом острый панкреатит средней степени тяжести (по классификации Атланта – 1992), находившиеся в клинике хирургических болезней № 1 на базе хирургического стационара ВМЦ № 1134. Больные с острым панкреатитом, являющиеся военнослужащими или военными пенсионерами, поступают в хирургический стационар ВМЦ 1134, что позволяет провести сравнительную оценку комплексного лечения данного заболевания как по схеме с включением мексибела, так и без него у каждого больного индивидуально. Объективизация оценки тяжести течения острого панкреатита осуществлялась путем клинко-лабораторных шкал балльной оценки параметров физиологического состояния больных с расчетом интегральных индексов степени тяжести по шкалам Ranson (1974). В комплексном лечении придерживались стандартов базисной терапии, но инфузионную терапию делили на утреннюю и вечернюю, в общем количестве до 4 литров (раствор Рингер-Локка, реополиглюкин, электролиты, метранидозол). Во всех случаях применяли ингибитор цитокинеза – пентоксифиллин 2% по 5 мл 2 раза в сутки внутривенно, депротеинизированные гемодериваты – актовегин 2 мл внутривенно 1 раз в сутки).

С 2007 года началось использование препарата мексидол в комплексном лечении острого панкреатита, а начиная с 2008 года в базисную комплексную терапию стали включать отечественный препарат мексибел, который назначался с первых суток лечения в дозировке 5 мл 2 раза в сутки внутривенно. Использование мексибела в комплексе лечебных мероприятий позволило получить ряд положительных клинических эффектов. Купирование болевого синдрома и диспептических расстройств у больных наступало уже в течение первых 12–24 часов. Расстройство гемодинамики и функционально-органные нарушения купировались в течение первых 3 суток. Отмечается быстрая положительная динамика биохимических показателей, отражающих нарушение функции поджелудочной железы, уровень энзимной токсемии и степень эндогенной интоксикации. Установлено достоверное снижение уровня амилазы крови с $590 \text{ ЕД/л} \pm 14 \text{ ЕД}$ до $47 \text{ ЕД/л} \pm 7 \text{ ЕД}$; диастазы мочи с $409 \text{ ЕД/л} \pm 13 \text{ ЕД}$ до $308 \text{ ЕД/л} \pm 10 \text{ ЕД}$; глюкозы крови с $12,6 \text{ ммоль/л} \pm 9$ до $4,3 \text{ ммоль/л} \pm 0,7$; динамика уровня лейкоцитов крови от $14,2 \times 10^9/\text{л} \pm 1,4 \times 10^9/\text{л}$ до $7,15 \times 10^9/\text{л} \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$.

Таким образом, применение препарата дает возможность в короткие сроки уменьшить местные и системные проявления острого панкреатита, снизить продолжительность госпитализации (с 17 до 13 койко-дней), уменьшить себестоимость курсового лечения за счет сокращения применения комплексного лечения, специфических препаратов и инфузионно-трансфузионных средств.

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ФТОРОПЛАСТОМ-4 И СЕТЧАТЫМ ПОЛИПРОПИЛЕНОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кудло В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н. Цыдик И.С.

Цель исследования – провести сравнительный морфологический анализ репаративных процессов при пластике дефектов мягких тканей фторопластом-4 и сетчатым полипропиленом.

Опыты проводились на 80 белых крысах массой 250–300 г. Операции выполнялись под эфирным масочным наркозом. На боковой поверхности бедра после рассечения кожи, под-

кожной клетчатки, путем резекции мышцы формировали мышечный дефект размером 5х5х5 мм, который заполняли имплантатами: в первой серии опытов низкопористый фторопласт-4 (пористость 85–90%), во второй серии – высокопористый фторопласт-4 (пористость 97–99%), в третьей серии – сетчатым полипропиленом. Рану послойно ушивали. Оценка результатов проводилась с применением световой микроскопии и окраски гистологических препаратов по Ван-Гизону и гематоксилин-эозином в сроки: 3, 7, 14, 30, 60, 90, 180 суток.

К концу первой недели эксперимента вокруг имплантатов наблюдалось асептическое воспаление, характеризующееся венозным полнокровием, отеком, лейкоцитарной и гистиоцитарной инфильтрацией. Воспалительный инфильтрат содержал гигантские многоядерные клетки типа инородных тел. Наряду с этим определялись фибробласты, проколлагеновые и коллагеновые волокна.

Через две недели в зоне имплантации протезов отмечали наличие гигантских многоядерных клеток инородных тел и формирование наружной капсулы из молодой соединительной ткани, состоящей из коллагеновых волокон с расположенными среди них фибробластами. Прослойки этой ткани проникали внутрь имплантатов, распространяясь в их ячеисто-сетчатой структуре. При этом процесс прорастания протеза элементами соединительной ткани был более выражен при применении высокопористого фторопласта-4.

К 30 суткам протезы подвергались инкапсуляции и были окружены капсулой, представленной зрелой соединительной тканью, причем капсула вокруг полипропиленового имплантата была выражена гораздо сильнее. К этому сроку под капсулой и вокруг синтетических нитей число гигантских клеток инородных тел увеличивалось. Промежутки между волокнами полипропиленового сетчатого и политетрафторэтиленовых имплантатов заполнялись рыхлой соединительной тканью с единичными клеточными элементами. Относительная площадь, занимаемая соединительной тканью, была достоверно больше при использовании высокопористого фторопласта-4.

В отдаленные сроки (60–180 суток) в области имплантации полипропиленовой сетки отмечали развитие хорошо выраженной плотной капсулы, состоящей из грубоволокнистой соединительной ткани с диффузной воспалительной инфильтрацией. Капсула отделяла протез от окружающих тканей. В эти же сроки, в месте имплантации фторопластовых протезов процесс инкапсуляции был выражен менее, особенно при использовании высокопористого фторопласта-4. Между волокнами этих протезов наблюдали разрастание зрелой соединительной ткани, причем в низкопористом фторопласте-4 она была более упорядочена, а в высокопористом фторопласте-4 расположение её волокон было более хаотичным.

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что применение высокопористого фторопласта-4 при пластике дефектов мягких тканей более предпочтительно, поскольку в зоне имплантации преобладают процессы прорастания протеза с восстановлением объема и контуров в зоне мышечного дефекта.

ЧАСТОТА РИСКА НАСЛЕДСТВЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЯИЧНИКА У ЖИТЕЛЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кузнецов О.Е., Курстак И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Гродненская областная клиническая больница, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ляликов С.А.

Рак молочной железы (РМЖ) – вторая среди причин смертности женщин старших возрастных групп. В 2008 г. заболеваемость раком молочной железы в Беларуси составила 70,3 на 100.000 населения. Количество случаев рака яичника (РЯ), выявляемых в год, возросло в 1,8 раза. В настоящее время считается, что от 5% до 15% случаев РМЖ имеют наследственную природу. Известно, что герминальные мутации в генах BRCA (Breast Cancer Associated) 1 и 2, которые повышают индивидуальный риск развития РМЖ и РЯ на протяжении жизни пациента, достигает 60–95%. Выделение генов, ответственных за наследственную предрас-