

кортикоидным гормонам имеются практически во всех тканях организма, надпочечниковая недостаточность может отражать факт развития полиорганной недостаточности [3].

#### **Литература:**

1. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике: В 2 т. – Мн.: Беларусь, 2000.
2. Pearse A.G.E. Гистохимия теоретическая и прикладная. – М.: Изд-во иностр. литературы. – 1962. – 598 с.
3. Золотухин С.Е. Активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы на этапах формирования полиорганной недостаточности при травматическом токсикозе // Ортопедия, травматол., и протезир. (Москва). – 2000. – № 1. – С. 41–44.

### **КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ПАРИЕТАЛЬНЫХ ЭКЗОКРИНОЦИТОВ КРЫСЯТ, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХОЛЕСТАЗА**

*Околокулак К.Е.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии*

*Научный руководитель – д.б.н., профессор Мацюк Я.Р.*

Установлено, что нарушение энтерогепатической циркуляции желчи (холестаз) в период беременности приводит не только к задержке прироста массы родившегося потомства, его физического развития, но и торможения у него органогенеза. Что же происходит при этом с экзокриноцитами желудка, отвечающими за определенные жизненно важные функции органа, не изучено [1, 2].

С помощью гистологических, гистохимических, морфометрических, цитофотометрических и статистических методов исследования изучались количественные параметры развития слизистой оболочки, ее собственных желез и париетальных экзокриноцитов, с учетом их структурных и цитохимических свойств у 15- и 90-суточных крысят, родившихся в условиях подпеченочного обтурационного холестаза, экспериментально вызванного на 17 сутки беременности.

Установлено, что в желудке 15-суточных крысят, родившихся в условиях холестаза, истончена слизистая оболочка ( $144,5 \pm 3,3$  мкм при  $186,8 \pm 3,8$  мкм в контроле,  $p < 0,001$ ), короче длина собственных желез ( $87,3 \pm 4,1$  мкм при  $143,9 \pm 4,8$  мкм в контроле,  $p < 0,001$ ), в них меньше число париетальных экзокриноцитов ( $3,7 \pm 0,2$  при  $6,9 \pm 0,3$  в контроле,  $p < 0,001$ ). Кроме того, париетальные клетки отличались полиморфизмом, сниженными оксифильными свойствами и расположены преимущественно в области шеек. Активность в них СДГ снижена ( $0,35 \pm 0,01$  ед.опт.пл. при  $0,42 \pm 0,01$  в норме,  $p < 0,001$ ), а ЛДГ, наоборот, увеличена ( $0,59 \pm 0,02$  ед.опт.пл. при  $0,4 \pm 0,01$  в норме,  $p < 0,001$ ). Притом продукты гистохимических реакций становились крупноглыбчатыми и неравномерно распределились в цитоплазме экзокриноцитов.

На 90 сутки изменения сохраняют однонаправленность: истончена слизистая оболочка ( $391,4 \pm 7,9$  мкм при  $473,2 \pm 4,6$  мкм в контроле,  $p < 0,001$ ), укороченная длина собственных желез ( $339,3 \pm 7,4$  мкм при  $429,8 \pm 5,3$  мкм в контроле,  $p < 0,001$ ), уменьшено в них число париетальных экзокриноцитов ( $25,3 \pm 0,5$  при  $37,1 \pm 1,2$  в контроле,  $p < 0,001$ ). Активность ферментов в связи с возрастом возрастает, но активность СДГ у опытных крысят продолжает быть сниженной ( $0,65 \pm 0,03$  ед.опт.пл. при  $0,80 \pm 0,04$  в контроле,  $p < 0,001$ ), а ЛДГ - увеличенной ( $0,97 \pm 0,02$  ед.опт.пл. при  $0,8 \pm 0,02$  в контроле,  $p < 0,05$ ). Продукты реакций сохраняют крупноглыбчатый характер и неравномерность распределения в цитоплазме.

Таким образом, установлено, что холестаз, развившийся в поздний период беременности, задерживает развитие потомства в разные сроки постнатального онтогенеза, рост слизистой желудка, его собственных желез и становление количественных и морфофункциональных свойств париетальных экзокриноцитов.

## Литература:

1. Мацюк Я.Р., Карчевский А.А. Структурные и цитохимические свойства экзокриноцитов собственных желез желудка 15-суточных крысят, родившихся в условиях холестаза беременных, экспериментально вызванного в период эмбриогенеза // Журнал ГрГМУ. – 2007. – № 3. – С. 37–41.
2. Михальчук Е.Ч., Мацюк Я.Р. Влияние обтурационного холестаза матери, вызванного в период фетогенеза, на течение беременности, плодовитость, физическое развитие потомства и его жизнеспособность // Журнал ГрГМУ. – 2007. – № 2. – С. 43–45.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ

Омельченко С.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – ассистент Кузнецов А.Г.

Прогрессивный рост заболеваемости, связанной с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей (ХАННК), которая более чем в половине случаев осложняется различными гнойно-некротическими поражениями стопы (ГНПС), обуславливает актуальность изучения данной проблемы.

Нами проанализирован 12-летний опыт лечения 386 больных с ГНПС различной этиологии. У части пациентов (108 человек) ХАННК отсутствовали. Причиной ГНПС у них явились: заболевания центральной и периферической нервной системы, инфекция, связанная с травмой, нейропатическая форма синдрома диабетической стопы (СДС). У 278 больного имелись признаки ХАННК, которая была обусловлена следующими заболеваниями: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей – 101 человек, ишемическая и нейроишемическая форма СДС – 171 больных, облитерирующий эндартериит – 6 пациентов. Следует отметить, что вследствие наличия противопоказаний (уровня окклюзии, протяженности поражения сосудистого русла, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, тяжести состояния) больные не подлежали реконструктивным операциям на сосудах.

Выявленные морфологические изменения стопы были представлены гангренозными изменениями пальцев, носившими как «сухой», так и «влажный» характер, иногда в сочетании с флегмоной мягких тканей стопы, а также гнойно-некротическими язвами дистальных отделов стопы, нередко в сочетании с деструкцией фаланг пальцев, головок плюсневых костей, межфаланговых и плюснефаланговых сочленений.

В результате анализа тактики комплексного хирургического лечения нами выделены три группы больных. Первую группу – 83 человека – составили больные, у которых показания к высокой ампутации нижней конечности имелись на момент поступления:

- обширные, глубокие некротические изменения мягких тканей всех отделов стопы;
- влажная гангрена дистальных отделов стопы, сопровождающаяся развитием септического состояния;
- различные по морфологии деструктивные изменения стопы на фоне декомпенсированной ишемии конечности, особенно при признаках высокой окклюзии; этим больным после кратковременной интенсивной подготовки были выполнены следующие вмешательства: ампутация на уровне голени – 4 больных, ампутации на уровне бедра – 77 человек, экзартикуляция бедра – 2 пациента.

Вторую группу – 116 человек, составили больные с гнойно-некротическими поражениями пальцев стопы, которым вследствие отсутствия критической ишемии стопы, сепсиса первично были выполнены ампутации пальцев (96 человек) и сегментов (20 человек) стопы. Дистальные ампутации стопы (ДАС) у этих больных выполнялись по усовершенствованной методике (инструкция по применению № 006–0209, утверждена Мин.Здравоохранения РБ 30.10.09.).