

ЦИТОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПЕЧЕНОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ СПУСТЯ 72 ЧАСА ОТ НАЧАЛА МОДЕЛИРОВАНИЙ РАЗНОУРОВНЕВОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕСТАЗА

Дричиц Ю. Г., Кизюкевич Л. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. За последние десятилетия многими учеными показано, что принятый «золотой стандарт диагностики» - морфологическая оценка биоптата - имеет ряд ограничений. Большинство доступных в настоящее время неинвазивных методик диагностики заболеваний печени значительно дешевле принятого «золотого стандарта» [1, 2].

Цель. Изучить степень изменения коэффициента де Ритиса спустя трое суток от начала моделирования разноуровневого обтурационного холестаза.

Методы исследования. Эксперимент выполнен в соответствии с этическими нормами обращения с животными. В работе использован материал от 40 беспородных белых крыс-самцов, массой 250 ± 50 г. У опытных животных 1-ой группы ($n = 10$) под эфирным наркозом 72-часовой обтурационный холестаз моделировали путем перевязки общего желчного протока (ОЖП) в области впадения в последний долевых печеночных протоков, с последующим пересечением протока между двумя шелковыми лигатурами, тогда как у опытных животных 2-ой группы ($n = 10$) обтурационный холестаз моделировали путем перевязки ОЖП в месте впадения последнего в 12-перстную кишку [3]. Контролем служили ложноперированные крысы ($n=20$). В сыворотке крови опытных и контрольных животных по окончании эксперимента, используя ранее полученные данные [4], рассчитывали коэффициент де Ритиса, т.е. отношение АсАТ/АлАТ [5]. Для обработки данных использовался двусторонний непарный t-критерий Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований показали, что через 72 часа от начала моделирования подпеченочного обтурационного холестаза на фоне развивающейся печеночной недостаточности в сыворотке крови коэффициент де Ритиса уменьшается в 4,2 раза – с 6,43 ед. в контроле до 1,53 ед. у опытных животных ($P < 0,001$), при этом у опытных животных с супрадуоденальным холестазом он снижается в 3,6 раза – с 6,43 ед. в контроле до 1,79 ед. у опытных животных ($P < 0,001$), имея при этом тенденцию к незначительному увеличению по сравнению с опытными животными с подпеченочным холестазом.

Выводы. В остром периоде экспериментального разноуровневого обтурационного холестаза независимо от места перевязки ОЖП значительно снижается коэффициент де Ритиса, что указывает на развитие при той или иной модели холестаза цитолитического синдрома с печеночной недостаточностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Evaluation of De Ritis ratio in liver-associated diseases / K. S. Parmar [et al.] // International Journal of Medical Science and Public Health. – 2016. – Vol. 5, №. 9. – Art. 1783. – DOI: 10.5455/ijmsph.2016.24122015322.
2. Кулебина, Е. А. Прогресс неинвазивной диагностики фиброза печени: обзор современных лабораторных методик / Е. А. Кулебина, А. Н. Сурков // Медицинский совет. – 2020. – № 11. – С. 224-232.
3. Кизюкевич, Л. С. Реактивные изменения в почках при экспериментальном холестазах: монография / Л. С. Кизюкевич. – Гродно, 2005. 239 с.
4. Кизюкевич, Л. С. Показатели цитолиза печеночных клеток в динамике экспериментального обтурационного разноуровневого холестаза / Л. С. Кизюкевич, О. Е. Кузнецов // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции (26-27 января 2017 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно: ГрГМУ, 2017. – С. 387-390.
5. Кишкун, А. А. Лабораторная диагностика неотложных состояний / А. А. Кишкун. – М.: Лабора, 2012. – 816 с.

СПОСОБ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дубровская К. И.¹, Гецолд О. И.², Ославский А. И.², Пригодич А. В.²

¹Молодеченская ЦРБ, Молодечно, Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Лечение трофических язв различной этиологии – зачастую очень сложная проблема. По данным мировой литературы данное заболевание имеет тенденцию к росту в связи со старением населения в развитых странах.

Цель. Улучшение результатов комплексного лечения пациентов с трофическими язвами нижних конечностей путем применения этиочувствительной аутоплазмы, обогащённой тромбоцитами с повышенным содержанием антибактериального препарата в сочетании с раневой сорбцией углеволокнистыми сорбентами

Методы исследования. Поставленная нами цель решалась путем инъекций аутоплазмы обогащённой тромбоцитами, по периферии трофической язвы в несколько точек с последующей аппликацией раны асептической повязкой. До забора крови пациенту назначали перорально антибактериальный препарат, к которому чувствительна микрофлора трофической язвы, и в момент максимального накопления препарата в крови производили ее забор, получали тромбоцитарную аутологичную плазму, после чего выполняли процедуру плазмолифтинга в количестве 3 – 5 процедур с интервалом 10 дней, а в качестве асептической повязки использовали повязку из углеволокнистых сорбентов.