

ряд токсических соединений, попадающих в организм, в первую очередь вступают в контакт с гепатоцитами, тем самым вызывая их повреждение. В наших экспериментах в качестве гепатотропного яда был использован четыреххлористый углерод (CCl_4). Образующиеся в результате его биотрансформации свободные радикалы взаимодействуют с белками и липидами, инициируя процессы ПОЛ. В этой связи, при проведении комплексной терапии токсических поражений печени, помимо «базовых» препаратов целесообразно использовать вещества, предотвращающие развитие окислительного стресса. В нашем исследовании в качестве таких препаратов использовались пантенол и L- карнитин, а также их композиция. Данных о влиянии этих веществ на обмен углеводов практически нет. Целью данного исследования являлось изучение состояния углеводного обмена в печени крыс при введении CCl_4 , а также после коррекции пантенолом и L- карнитином.

В эксперименте были использованы белые крысы-самцы массой 200-230 г, находящиеся на стандартном рационе вивария со свободным доступом к воде. CCl_4 вводили однократно в дозе 2,5 мл/кг в виде 50 % раствора на оливковом масле. Контрольные животные внутримышечно получали эквивалентное количество масла. Спустя 6 ч после введения четыреххлористого углерода опытные животные получали внутривенно в течение 3 сут. пантенол (100 мг/кг) и L- карнитин, а также смесь обоих препаратов в аналогичной дозе. Через 24 ч после последнего введения препаратов животных декапитировали. В гомогенатах печени определяли активность гексокиназы (ГК), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), а также содержание глюкозы и глюкозо-6-фосфата (Г-6-Ф). В плазме крови активность аминотрансфераз (АЛТ и АСТ) определяли по методу Ройтмана.

В результате исследования показано, что введение четыреххлористого углерода инициирует повреждение мембран гепатоцитов. Это подтверждается увеличением активностей АЛТ и АСТ в плазме крыс. Активность ГК при этом снижается на 40 %, а Г-6-ФДГ - увеличивается на 50 % по сравнению с контрольными значениями. Одновременно с этим содержание Г-6-Ф снижается на 40%, а уровень глюкозы в печени экспериментальных животных увеличивается на 60%. Введение пантенола и L- карнитина нормализовало активности ферментов углеводного обмена, а также содержание основных субстратов метаболизма глюкозы.

Полученные данные свидетельствуют о выраженном гепатопротекторном действии обоих препаратов, которое наиболее выражено при их комбинированном применении и создают предпосылки к использованию данных веществ в комплексной терапии токсических поражений печени.

БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ ИШЕМИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВЫПОЛНЕНИЯ

Божко Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Иоскевич

В последнее десятилетие в реконструктивной хирургии атеросклеротических окклюзий магистральных артерий нижних конечностей стали широко использоваться шунты из политетрафторэтилена. Однако эффективность подобных шунтирующих операций не ясна.

Целью настоящей работы явилась оценка проходимости шунтов из политетрафторэтилена при атеросклеротических окклюзиях артерий бедренно-подколенного сегмента.

Нами проанализированы исходы реконструктивных артериальных операций на магистральных артериях нижних конечностей у 78 больных облитерирующим атеросклерозом. Из них мужчин было 76, женщин – 2. Средний возраст пациентов составил $56,5 \pm 2,3$ лет. Исходная хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей 2б стадии имела у 28 больных, 3 стадии – у 26, 4 стадии – у 24. Реконструктивная артериальная операция на артериях нижних конечностей выполнялась после комплексного лабораторно-инструментального обследования больных, включающего, в первую очередь, рентгеноконтрастную ангиографию. Операция выполнялась под перидуральной анестезией. Оценивались исходы выполненных операций к моменту завершения раннего послеоперационного периода и последующих 3 лет послеоперационного наблюдения.

Интраоперационных осложнений и летальных исходов операций отмечено не было. Непосредственная продолжительность этапа операции шунтирования равнялась $56,2 \pm 1,2$ мин. Однако после включения тока крови по шунту наблюдалась повышенная кровоточивость из линии швов анастомозов до $21,3 \pm 3,2$ мин.

В раннем послеоперационном периоде гнойные осложнения реконструктивных артериальных операций с использованием протезов из политетрафторэтилена отмечены у 1 больного, тромбоз шунтов – у 3: в одном случае после выполнения шунтирования выше щели коленного сустава и в 2 – ниже щели коленного сустава. Причиной тромбоза явилось несоответствие объемной скорости тока крови по шунту с емкостью воспринимающего сосудистого русла. Все прооперированные пациенты были выписаны с сохраненной нижней конечностью.

В течение последующих 3 лет динамического послеоперационного наблюдения проходимыми оказались шунты у 64 больных с сохранением нижней конечности у 74. Отмечена прямо пропорциональная зависимость между проходимостью шунтов и количеством функционирующих артерий на голенях, обратно пропорциональная зависимость – от протяженности шунта и стадии ишемии нижней конечности. Больные с развившимся тромбозом шунтов перенесли повторные реконструктивные операции – шунтирование реверсированной аутовеной, взятой на контрлатеральной нижней конечности или армированным протезом из политетрафторэтилена.

Таким образом, артериальное шунтирование с применением протезов из политетрафторэтилена при атеросклеротических окклюзиях бедренно-подколенного сегмента выполняется достаточно быстро и сопровождается высокой клинической эффективностью. Вместе с тем, требует разработки комплекс мероприятий по послеоперационной профилактике как ранних, так и отдаленных тромбозов шунтов из политетрафторэтилена.

КОРРЕКЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «РОГЛИТ» У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Братухина М.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь
курс эндокринологии, кафедра акушерства и гинекологии*

Научные руководители- д.м.н., проф. Кажина М.В., к.м.н. Никонова Л.В.

В последнее время во всем мире продолжается увеличение регистрации метаболического синдрома у женщин репродуктивного возраста. Это связано с