

Выводы:

1. Триомбраст у крыс в избранной дозе и длительности введения вызывает поражение почек, преимущественно эпителиоцитов ПИК КН, степень выраженности которого широко варьирует в популяции животных.

2. Синхронно с морфологическими проявлениями нефропатии в эпители канальцев регистрируются снижение активности ключевых ферментов метаболизма: ЩФ>ЛДГ=КФ=НАДН-ДГ>СДГ.

3. Морфологические и гистохимические показатели поражения почек триомбрастом тесно взаимосвязаны между собой, о чем свидетельствуют положительные коэффициенты корреляции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волгина, Г.В. Контраст-индуцированная нефропатия: патогенез, факторы риска, стратегия профилактики / Г.В. Вологина // «Нефрология и диализ». – 2006. – № 1. – С. 17–23.

2. Пирс, Э. Гистохимия теоретическая и прикладная / Э. Пирс; под ред. В.В. Португалова. – Москва: Издательство иностранной литературы, 1962. – 962 с.

3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных / О.Ю. Реброва. – Москва: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

4. Gleeson, T. Contrast-Induced Nephropathy / T. Gleeson, S. Bulugahapitiya // Am. J. Roentgenol. – 2004. – Vol. 183, № 6. – P. 1673-1689.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТО-ХОЛЕДОХЕАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

¹Батвинков Н.И., ²Олейник А.О.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. В последние годы отмечается значительный рост числа пациентов, страдающих желчно-каменной болезнью, которая в Европе и северной Америке выявляется у 10-15% населения. Одним из грозных осложнений указанного заболевания является синдром Миризи, впервые описанный аргентинским хирургом Pablo Luis Mirizzi в 1948 году, как спазм мышечного слоя общего печеночного протока в ответ на вколоченный конкремент в области шейки желчного пузыря. В настоящее время различают два типа синдрома Миризи. Для первого типа характерно сужение гепатикохоледоха в ответ на конкремент или группу конкрементов, расположенных в шейке пузыря или пузырьном протоке. При втором типе образуется свищ между желчным пузырем и гепатикохоледохом, через который конкремент из желчного пузыря может перемещаться в просвет гепатикохоледоха. В этих случаях происходят деструктивные изменения стенок внепеченочных желчных протоков, что делает хирургическое вмешательство весьма сложным в техническом плане.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с холецисто-холедохеальными свищами, как проявления синдрома Миризи.

Материал и методы. В этих случаях деструктивные изменения стенок гепатикохоледоха колебались от 1/3 диаметра до полного разрушения их. Механическая желтуха наблюдалась у 4 пациентов, при этом максимальный ее уровень достигал 300 мкмоль/л. Во всех случаях это сопровождалось острым холангитом. В одном случае механическая желтуха была первым проявлением синдрома Миризи второго типа. При УЗИ отмечался сморщенный желчный пузырь, расширение внутривнутрипеченочных протоков и проксимальных отделов гепатикохоледоха. Более полную информацию получили с помощью магнитно-резонансной томографии, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, а при расширении внутривнутрипеченочных желчных протоков выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиография.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты с синдромом Миризи второго типа подверглись оперативному вмешательству, при этом во всех случаях только во время операции был подтвержден предположительный диагноз синдрома Миризи с формированием холецисто-холедохеального свища. В одном случае предполагался холецистодуоденальный свищ, правильный диагноз был установлен только во время операции, что объясняется неподготовленностью хирурга к операции по поводу холецисто-холедохеального свища. Сущность хирургического вмешательства состояло в холецистэктомии и ликвидации дефекта стенки гепатикохоледоха. В трех случаях это достигалось за счет пластики его лоскутом шейки желчного пузыря. В последующем производилась трансдуоденальная папилосфинктеротомия с наружным дренированием внутри-и внепеченочных желчных протоков. Во всех случаях наружный конец дренажа выводили дистальнее зоны пластики гепатикохоледоха. У двух пациентов при дефекте стенки желчного протока до 1/3 его диаметра выполнено его ушивание. Особые сложности возникают при полном разрушении стенок гепатикохоледоха на протяжении от конfluence до ретродуоденального отдела холедоха. При отсутствии признаков гнойного воспалительного процесса показано наложение гепатико-или бигепатико-дуоденальной анастомоза. В противном случае хирурги ограничиваются наружным дренированием желчных протоков. У одной пациентки 87 лет при наличии полного разрушения гепатикохоледоха на большом протяжении в условиях гнойного воспалительного процесса мы вынуждены были операцию закончить протезированием желчного протока, проксимальный конец имплантата фиксировали в области конfluence с его герметизацией, а дистальный провели в двенадцатиперстную кишку через большой дуоденальный сосочек, что позволило в дальнейшем избежать повторной операции у пациентки преклонного возраста. В этом случае диаметр конкремента, вышедшего в просвет гепатикохоледоха, составлял 4 см. У всех пациентов, оперированных по поводу холецисто-холедохеальных свищей, послеоперационный период протекал без опасных для жизни осложнений. Все они были выписаны из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

1. Синдром Миризи является редким осложнением желчнокаменной болезни, диагностика которого представляет значительные трудности, несмотря на применение современных методов исследования.

2. Особые сложности возникают при хирургическом лечении пациентов холецистохоледохолеальными свищами с разрушением стенок гепатикохоледоха на значительном протяжении.

3. Госпитализация пациентов с синдромом Миризи показана в хирургические стационары с наличием высококвалифицированных специалистов и оснащенных соответствующим оборудованием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батвинков, Н.И. Синдром Миризи / Н.И. Батвинков, А.В. Кухта // Журнал ГрГМУ. – 2011. – № 3. – С. 66-68.

2. Савельев, В.С. Синдром Миризи диагностика и лечение / В.С. Савельев, В.И. Ревякин // М. Медицина, 2003. – 112 с.

3. Синдром Миризи / С.Г. Шаповальянец [и др.] // Медицина. – 1989. – № 6. – С. 97-100.

МЕЗОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ

Белазарович А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Частичное либо полное патологическое выпадение волос на волосистой части головы и других частях тела носит название алопеция. Являясь значительно выраженным косметическим недостатком, облысение снижает качество жизни, часто приводит, приводит к психической дезадаптации, вызывая как социальные проблемы, обусловленные ограничением в выборе профессии, трудоустройстве и социальной перспективой, так и экономические в связи с длительностью лечения и его высокой стоимостью.

В структуре всех заболеваний волос нерубцовая алопеция составляет более 80%, т. е. является наиболее частой причиной потери волос, поражающей от 30-40% людей в возрасте до 50 лет. [1, 2, 5] К ней относят гнездную алопецию (alopecia areata), андрогенетическую алопецию (alopecia androgenetica), диффузную алопецию (alopecia diffuse).

Несмотря на многолетнюю историю этой проблемы, вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения нерубцующейся алопеции до сих пор недостаточно изучены. В связи с тем, что патогенез алопеции, согласно мнению большинства авторов, связан с нарушением микроциркуляции и трофики кожи волосистой части головы, одним из наиболее эффективных методов лечения на сегодняшний день является мезотерапия. Это множественные внутривенные инъекции в проблемные зоны активных веществ. Терапевтический эффект