

### 291. КОРРЕЛЯЦИЯ ГИСТОСТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ГЛИКОИНУВИТОМ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ

Файзиева З.Т.

Тошфарми, г.Ташкент, ул.Айбека-45, Узбекистан

Цель: изучить влияние гликоинувита (порошка клубней топинамбура) на гистоструктуру печени и поджелудочной железы при аллоксановом диабете

Материалы и методы: экспериментальный диабет воспроизводили однократным подкожным введением аллоксана в дозе 150 мг/кг. Подопытным животным перорально вводили гликоинувит в дозе 50 мг/кг в течении месяца, а контрольная группа получила физиологический раствор в соответствующем объеме.

Результаты и их обсуждение: гистологическими исследованиями выявлено, что диабетогенная доза аллоксана приводит к дистрофическим изменениям в печени и поджелудочной железе. Выявляется некроз печеночной ткани и незначительная инфильтрация лейкоцитами вокруг триад.

В поджелудочной железе отмечается утолщение прослойки соединительной ткани, разрастание жировой ткани (липоматоз). На эндокринной части основная часть островков уменьшена в размере. У части островков отмечается некротические изменения. Уменьшение число инсулиноцитов свидетельствует о том, что

аллоксан прежде всего избирательно поражает в-клеток островков Лангерганса.

При введении гликоинувита патоморфологические изменения, происходящие в печени заметно устраняется. Количество здоровых гепатоцитов резко увеличена, некроз и дистрофические изменения незначительны. Синусоиды местами расширены, уменьшается лимфоцитарная инфильтрация вокруг триад. На поджелудочной железы значительная часть островков гипертрофировано. За счет этого увеличена общая масса островковой ткани поджелудочной железы в целом. В клетках крупные ядра овальной формы, с выраженной ядерной оболочкой. Количество их резко увеличена. Дистрофических изменений и некроза в поджелудочной железы не отмечается.

Следовательно, действие гликоинувита направлено именно на восстановление количество функционируемых клеток печени и поджелудочной железы.

**Выводы:** гликоинувит устраняет патологические изменения в печени и поджелудочной железы, возникающий при аллоксановом диабете и стимулирует репаративные процессы в исследуемых органах.

## 292. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Фассахова Л.С., Фаттахов В.В., Насруллаев М.Н., Ханнанов Н.И., Гафуров М.Х.

Кафедра клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии, КГМА, МЗ РТ, г. Казань

Вопросы проведения дезинтоксикационной терапии при осложнениях сахарного диабета, таких как гангрена, диабетической стопа, гнойно-септические состояния, являются в настоящее время актуальными. В общей структуре хирургических заболеваний данная патология наблюдается у 29-31% больных. Стратегия и тактика комплексного лечения данной группы пациентов базируется на принципах местного лечения и проведения активной дезинтоксикационной и антибактериальной терапии.

Инфузионная терапия является важнейшим компонентом ведения больных с сахарным диабетом, особенно при его осложнениях. Основной задачей инфузионной терапии является коррекция объема и реологических свойств крови, биохимическая и коллоидно-осмотическая коррекция крови и тканевой жидкости, дезинтоксикация, парентеральное питание. Для реализации этих задач используются различные инфузионные средства, в том числе, такие как реамберин (1,5% раствор) и сорбिलाкт, представляющие собой солевые растворы с детоксицирующим действием. Показаниями к использованию этих препаратов являются гнойно-септические состояния, основными звеньями патогенеза которых являются гипоксия, интоксикация и иммунопрессия.

В основе гнойно-септических состояний лежит интоксикационный синдром, который обусловлен накоплением бактериальных эндотоксинов, токсических органических соединений, избыточных физиологических компонентов межклеточного обмена и метаболизма

(мочевина, креатинин, мочевая кислота). Используя растворы реамберина и сорбилакта в инфузионной терапии, можно достичь детоксикации за счет: 1) метаболического механизма (утилизации кетоновых тел); 2) экскреторного механизма (выведения с мочой); 3) иммунных механизмов (поглощения токсинов клетками моноцитарно-макрофагальной системы, связывания нейтрализующими антителами).

Нами проведена оценка эффективности применения растворов реамберина и сорбилакта в комплексном лечении больных с осложнениями сахарного диабета: обширными флегмонами мягких тканей, абсцессами, гангреной конечностей.

Исследования проводились в условиях отделения неотложной гнойной хирургии МУЗ ГКБ №9 г. Казани, которая является клинической базой кафедры клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии медицинской академии. Под наблюдением находились 45 больных в возрасте от 21 до 68 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа (24 больных) получала стандартное лечение, назначаемое при гнойно-септических осложнениях, а вторая группа (21 больных) дополнительно к стандартному лечению получала внутривенно растворы реамберина и сорбилакта в суточной дозе 200 – 400 мл 1-2 раза в сутки в течение первых 5 – 6 суток пребывания больного в стационаре. Побочных реакций при их применении не наблюдалось.

Для оценки эффективности применения этих растворов у данной группы больных использовали динамику изменений клинических и биохимических показателей крови (лейкоцитарно-лимфоцитарного индекса, содержания белков плазмы, калия, магния, кальция) и клинических данных.

В процессе применения этих препаратов наблюдалась нормализация лейкоцитарно-лимфоцитарного индекса, биохимических показателей – содержания калия, магния, кальция, натрия. Удалось скорректировать состав плазмы, ее белков, иммунных нарушений, восстановить и оказать стимулирующее влияние на клетки ретикуло-эндотелиальной системы.

По нашим данным у больных второй группы сократилась длительность периода интоксикации, что проявилось сокращением лихорадочного периода, нормализацией температуры через 2 дня, купированием отеков, ускорением процессов репаративной регенерации. Улучшилось самочувствие больных, быстрее восстановилась функция конечности.

Применение растворов реамберина и сорбилакта в комбинации с антибактериальной терапией у больных с гнойно-септическими осложнениями при сахарном диабете приводит к быстрому купированию эндотоксикоза, мезенхимально-воспалительного синдрома, коррекции нарушений гемодинамики, ускорению нормализации органной дисфункции и тяжести состояния больных, уменьшению интерстициальной гипергидратации, нормализации показателей кислотно-щелочного состояния, устранению метаболического ацидоза, дизэлектролитных нарушений и ускорению процессов репаративной регенерации.

Растворы реамберина и сорбилакта могут быть рекомендованы как средства патогенетической терапии у