

желчного протока. Изготовленные серийные парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином для гистологических и морфометрических исследований. Морфометрические исследования проводили с помощью системы компьютерного анализа изображения Bioscan.

Результаты. При сравнении масс надпочечников крысят контрольной группы и опытных групп (холестаза, холестаза+урсофальк) на 15 сутки постнатального развития обнаружены статистически достоверные различия в сторону уменьшения показателей массы органа в опытных группах животных на 34% ($p=0,01$). Отношение массы надпочечника к массе тела крысёнка при сравнении контрольной группы с опытными группами крысят не дало статистически значимых отличий. Надпочечники контрольных 15-суточных крысят и крысят группы «холестаза+урсофальк» практически сформированы. Надпочечники крысят группы «холестаза» незначительно отстают в развитии от надпочечников остальных групп. Толщина коркового вещества надпочечника 15-суточных крысят группы «холестаза» на 3% меньше, чем тот же показатель группы «холестаза+урсофальк» ($p=0,0097$), толщина клубочковой зоны коркового вещества меньше на 13% ($p=0,032$), а толщина сетчатой зоны меньше на 42% ($p=0,0002$) по сравнению с контрольной группой и на 14% ($p=0,0002$) по сравнению с группой «холестаза+урсофальк». Размеры эндокриноцитов и их ядер (площадь, периметр, диаметр) группы «холестаза» статистически достоверно меньше соответствующих показателей в группах «контроль» и «холестаза + урсофальк».

Выводы. Полученные результаты гистологических и морфометрических исследований свидетельствуют о том, что холестаза, вызванный на 17 сутки беременности матери, является причиной низкой массы надпочечников, приводит к отставанию в развитии структуры и клеток надпочечников 15-суточных крысят. Урсодезоксихолевая кислота (урсофальк) оказывает протективное действие на измененные в условиях подпеченочного холестаза матери структурные показатели надпочечников 15-суточных крысят.

БОЛЕЗНЬ ДЮПЮИТРЕНА. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ. СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ

Крук А. Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии и ортопедии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Беспальчук П.И.

Актуальность. Болезнь или контрактура Дюпюитрена (1832), вызванная ретракцией ладонного апоневроза, известная хирургам давно, наблюдается часто, преимущественно у мужчин европеоидной расы в возрасте 40–60 лет. Она продолжает всесторонне изучаться, но этиология и патогенез заболевания остаются «тайной» и по сей день.

Цель исследования: оценить применяемые методы лечения контрактуры Дюпюитрена, а также оценить социальное состояние проблемы путем изучения и анализа историй болезней пациентов и отдаленных результатов в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 100 пациентов, находившихся на стационарном лечении в Республиканском центре хирургии кисти с диагнозом «Контрактура Дюпюитрена» за период: январь 2012 г. – июнь 2012 г. Изучены возраст и пол пациентов, данные трудового и социального анамнеза, данные протоколов оперативного вмешательства, результаты течения послеоперационного периода.

Результаты и их обсуждение. На основании изученных данных установлено: 86% составили лица мужского пола, 14% – женского. Средний возраст пациентов составил 57 лет. Средний возраст женщин – 58 лет, средний

возраст мужчин – 57 лет. Средний возраст начала заболевания составил 51 год. Средний возраст начала заболевания среди лиц мужского пола составил 51 год, женского – 52 года. Левая кисть поражена у 38% пациентов, правая, соответственно, у 62%. Контрактура 2-й степени была диагностирована у 24% пациентов, 3-й степени – 67% пациентов, 4-й – у 9% пациентов. Изменение апоневроза с распространением на один палец было диагностировано у 64% пациентов, у 31% пациентов были поражены два пальца, у 5% - три пальца. Доступ к ладонному апоневрозу осуществлялся через Z- и S-образные разрезы. Данные виды доступа являются достаточными для адекватного иссечения рубцово-измененного ладонного апоневроза и исключают поражение анатомически и физиологически важных структур. Операция с частичным иссечением рубцово-измененного ладонного апоневроза проводилась у 96% пациентов. Рецидив заболевания выявлен у трех пациентов в срок до года. Апоневротомия проводилась четырем пациентам, рецидивов заболевания в срок до одного года выявлено не было.

Выводы. Как отмечают многочисленные литературные источники, консервативный метод лечения контрактуры Дюпюитрена исчерпал себя и оказался неэффективным. В настоящее время единственно эффективным методом является оперативное лечение с принудительным устранением контрактуры. Преимущественно на практике применяется операция с частичным иссечением рубцово-измененного ладонного апоневроза. Данный метод показал хорошие результаты, рецидив заболевания – у 3,125% прооперированных пациентов.

Литература:

1. Zemel N. P. Dupuytren's contracture in women // Hand. Clin. -1991. -№7(4). -P. 707-711.
2. Сивоконь С.В., Абалмасов К.Г., Кислов А.И. Хирургическое лечение контрактуры Дюпюитрена // Издательство ПГУ. – 2003. – 120 стр.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФТОРОПЛАСТА-4 И НИЛИ НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА В ТКАНИ ПЕЧЕНИ

Кудло В.В., Ханто Е.С., Юнаш С.С., Цыдик И.С.,

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Жук И.Г.

В хирургии лазерное излучение активно используется более 50 лет. Изначально его применение сводилось к рассечению или прижиганию кровотока тканей. Позже было установлено, что при определенной плотности мощности лазерное излучение вызывает терапевтический эффект. В то же время, проблема закрытия раневой поверхности печени после выполнения радикальных резекций не утратила своей актуальности. Особенно в тех случаях, когда нет технической возможности применять собственные ткани пациента. Перспективным направлением является использование с этой целью синтетических материалов, в том числе из группы фторопластов.

Цель исследования – оценить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения и фторопласта-4 на течение раневого процесса в ткани печени.

В эксперименте использовались беспородистые белые крысы. Производилась срединная лапаротомия и в операционную рану выводилась левая доля печени. Выполнялась краевая резекция участка размером 140,5 см. В 1-й группе раневая поверхность укрывалась соответствующего размера пластиной фторопласта-4 толщиной 2 мм. Материал фиксировался к капсуле печени кораленом 6.0. Во 2-й группе это дополнялось воздействием лазерного излучения красного спектра света ($\lambda=0,67\pm0,02$ мкм) однократно во время операции и 5-кратно после, по 5 минут 1 раз в день (мощность излучения – 20 мВт). Облучение в послеопе-