

Выводы. Главным требованием к операции при кровотечении считаем удаление самого язвенного субстрата, обеспечивающего стабильный окончательный гемостаз. При кровотечении из хронической язвы желудка методом выбора хирургического лечения считаем резекцию желудка, в исключительных случаях – иссечение язвы. Во всех случаях кровотечение из двенадцатиперстной кишки считаем правомочным выполнением резекции желудка, отдавая предпочтение органосохраняющим операциям.

Литература:

Язвенные желудочно-кишечные кровотечения / Стойко Ю.М. [и др.] // Хирургия. – 2002. – №8. – С. 32-35.

ВЛИЯНИЕ ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ НА МИОКАРД 2-СУТОЧНОГО ПОТОМСТВА

Балбатун А.С., Юстинская Э.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – к.б.н. Барабан О.В.

Холестаз беременных – осложнение второй половины беременности, сопровождающееся интенсивным кожным зудом и желтухой, полностью регрессирующее после родоразрешения. Но при этом известно, что перинатальная смертность при холестазах беременных составляет 25%. Ранний неонатальный период характеризуется пренатальной гипотрофией, развитием геморрагического синдрома, конъюгационной желтухи, внутриутробного инфицирования, респираторного дистресссиндрома, нарушения мозгового кровообращения потомства. Некоторые ученые отмечают отставание в становлении органов пищеварительной, мочевыделительной и половой систем с деструктивными изменениями дифференцирующихся клеток. Однако в литературе нет данных о влиянии данной патологии на становление миокарда потомства в постнатальный период.

Цель исследования – оценить влияние холестаза матери, вызванного на 17 сутки беременности, на структуру кардиомиоцитов левого желудочка 2-суточного потомства.

Эксперимент проведен на 16 крысках массой 6 ± 1 г, 9 из которых родились в условиях холестаза. Подпеченочный холестаз у беременных самок крыс моделировали путем перевязки общего желчного протока на 17-е сутки беременности. 7 крысок контрольной группы родились от 7 самок крыс, которым в тот же срок беременности проводили лапаротомию без наложения лигатуры на общий желчный проток. Крысок контрольной и опытной групп по достижению ими 2-суточного возраста осматривали, взвешивали, усыпляли парами эфира и декапитировали. Сердце быстро извлекали, фиксировали в жидкости Карнуа и заключали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином для гистологических исследований. В миокарде определяли ширину кардиомиоцитов, площадь, периметр и диаметр ядер с помощью компьютерного анализатора изображения, используя программу Image Warp (It. Lab, Беларусь). Результаты исследования представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей. Полученные данные обрабатывали методами непараметрической статистики с помощью программы Statistica 6.0 для Windows (StatSoft Inc., США). Сравнение групп по одному признаку проводили с помощью критерия Манна-Уитни.

Холестаз матери, экспериментально вызванный на 17 сутки беременности, приводит к снижению массы тела потомства на 9,0% ($p = 0,01$). При этом масса сердца в исследуемых группах статистически значимо не отличается и у контрольных животных составляет 42 (38; 48) мг, а у опытных – 43 (41; 45) мг. В миокарде 2-суточных крысок выявляется 3 слоя мышечных клеток. Наружный слой содержит кардиомиоциты, формирующие продольные пучки, в среднем слое обнаруживаются циркулярные тяжи клеток, внутренний слой, прилежащий к эндокарду выражен слабо. Цитоплазма продольно ориентированных кардиомиоцитов окрашивается не равномерно оксифильно. Ширина кардиомиоцитов составляет 6,3 (6,2; 6,7) мкм. В клетках обнаруживается одно, но чаще два светлых ядра, локализующихся в центральной части. Площадь ядра составляет 34,4 (32,8; 36,5) мкм², максимальный диаметр – 9,0 (8,8; 9,6) мкм, минимальный диаметр – 4,5 (4,4; 5,0) мкм, периметр 23,8 (22,9; 24,5) мкм. Форма ядра эллипсоидная, форм-фактор равен 0,8 (0,7; 0,8).

У 2-суточных крысок, родившихся от матерей с холестазом, ширина кардиомиоцитов составляет 6,4 (6,2; 6,6) мкм, площадь ядра – 33,8 (33,2; 35,6) мкм², максимальный диаметр – 8,9 (8,6; 8,9) мкм, минимальный диаметр – 4,9 (4,6; 4,9) мкм, периметр 23,2 (22,7; 23,7) мкм, а форм-фактор – 0,8 (0,7; 0,8). Полученные данные статистически значимо не отличаются от контрольных

значений.

Таким образом, холестаз матери не вызывает изменение структуры миокарда у родившегося потомства в ранние сроки постнатального онтогенеза.

АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ТРЕУГОЛЬНИКА КАЛО НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

Балыш А.П., Тихонович А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Киселевский Ю.М.

Треугольник Кало (гепатобилиарный треугольник) – общепринятый хирургический ориентир при холецистэктомии. Его двумя боковыми сторонами являются пузырный и общий печеночный протоки, а основанием – правая печёночная артерия. Треугольник назван в честь французского хирурга Жана-Франсуа Кало (Jean-Francois Calot), описавшего его в 1891 году. В пределах этого треугольника отходит желчно-пузырная артерия, которая нередко образует его основание. В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия является одним из наиболее популярных методов лечения холелитиаза как в нашей стране, так и за рубежом. Одними из факторов, осложняющих проведение лапароскопических холецистэктомий, до настоящего времени являются трудности дифференциации и выделения определенных анатомических структур в условиях ограниченной видимости при выполнении операции через лапароскопический доступ. Согласно данным зарубежных авторов в Европе и США ятрогенное повреждение внепечёночных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии отмечается в 0,1%-2,7% случаев, а по данным российских хирургов это осложнение встречается в 0,18%- ,75% случаев.

Целью настоящего исследования является анализ вариантов анатомического строения треугольника Кало в ходе лапароскопических холецистэктомий.

Нами изучено строение треугольника Кало, оцененное визуально в ходе оперативных вмешательств (100 лапароскопических холецистэктомий).

У 71 пациента (71%) анатомия треугольника Кало соответствовала классическим представлениям. В 29 случаях (29%) мы столкнулись с вариантами анатомии, потребовавшими изменения интраоперационной тактики. Все эти случаи нами разделены на две группы: варианты анатомии желчных протоков и варианты анатомии артериальных ветвей. Варианты анатомии пузырных протоков встретились нам в 12 случаях. Длинный пузырный проток, вызвавший трудности при его идентификации встретился у 5 (41,6%) больных. Короткий пузырный проток был выявлен у 3 больных (25%). Такой вариант несет в себе опасность повреждения холедоха при грубых манипуляциях в зоне устья пузырного протока. У 3 (25%) пациентов пузырный проток впадал в правый печеночный. Дополнительный печеночный проток в виде небольшой по диаметру тонкостенной трубчатой структуры был выявлен у 1 (8,4%) больного. Анатомические варианты отхождения артериальных ветвей встретились в 17 случаях. У 8 (47%) пациентов пузырная артерия проходила позади пузырного протока. В 2 случаях (11,8%) она находилась впереди пузырного протока, у 3 больных (17,6%) была выявлена дополнительная артерия, выходящая из ложа желчного пузыря. Рассыпной тип в виде множественных мелких артериальных стволов идущих от правой ветви печеночной артерии встретился у 4 больных (23,6%).

Таким образом, существует множество анатомических вариантов отхождения протока от желчного пузыря, а так же артериальных ветвей кровоснабжающих его. Необходимо учитывать данные особенности при проведении лапароскопических холецистэктомий для предотвращения возникновения кровотечений и повреждений близлежащих анатомических структур.

Литература:

Сажин, В.П., Федоров А.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия /В.П. Сажин, А.В. Федоров// ГЭОТАР-МЕДИА., М.-2010.-502С.