

**Выводы.** Способ гемостаза имплантации фрагмента селезенки в паренхиму печени позволяет не только остановить кровотечение, но и сохранить селезенку с целью профилактики «постспленэктомического синдрома».

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бабич, И.И. Хирургическое лечение комбинированных повреждений печени и селезенки у детей / И.И. Бабич, О.В. Короткова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 3. – С. 80-81.
2. Базаев, А.А. Повреждения печени и селезенки у пострадавших с сочетанной автодорожной травмой / А.А. Базаев [и др.] // Журнал МедиАль. – 2014. – № 1. – С. 17-19.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ МЕСТНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТАНОВКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ РАН СЕЛЕЗЕНКИ

Гуща Т. С.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

**Актуальность.** Кровотечение, развивающееся в результате травмы селезенки, служит причиной летальности пациентов. Ведущей и актуальной проблемой при травматических повреждениях ткани органа остаётся обеспечение надежного гемостаза и выполнение органосохраняющих операций [1, 2].

**Цель.** Экспериментально изучить различные способы остановки кровотечения при резекции селезенки лабораторных животных.

**Методы исследования.** Объектом исследования были 20 белых беспородных крыс (200–250 гр), которым в условиях операционной под кетаминным наркозом (0,1мл на 100 г массы крысы) выполняли лапаротомию и резекцию селезенки размером 1,0x0,9x0,5см, после чего отмечалось обильное кровотечение. Далее производили гемостаз раневой поверхности органа и регистрировали результаты секундомером. Животных разделили на 3 группы: 1-я – окончательную остановку кровотечения достигали аппликацией гемостатической губкой; 2-я – электрокоагуляцией; 3-я – криовоздействием. Выводили из эксперимента на 7-е, 21-е, 40-е и 60-е сутки, производили забор материала для микроисследования. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином и результаты оценивали с помощью световой микроскопии.

**Результаты и их обсуждение.** В среднем время гемостаза: гемостатическая губка – 23 сек.; диатермокоагуляция - 10 сек.; криовоздействие – 15 сек. Летальных случаев не было. На аутопсии у всех животных патологических изменений со стороны брюшины и следов состоявшегося кровотечения не отмечали. 1-я группа: 7-е сутки – в зоне гемостаза, губке и сальнике детрит с

лейкоцитарной инфильтрацией; 21-е – элементы гемостатической губки не определялись, прослеживалось формирование капсулы с воспалением; 40-е – частичное восстановление капсулы селезенки; 60-е – сформированная капсула приблизительно одинаковой толщины. 2-я группа: 7-е сутки – обширная зона коагуляционного некроза; 21-е – некроз на большем протяжении подвергся рассасыванию; 40-е – мелкие инкапсулированные соединительной тканью очаги некроза с выраженным воспалением; 60-е – сохранение капсулы селезенки с воспалением. 3-я группа: 7-е сутки – коагуляционный некроз, окруженный созревающей грануляционной тканью; 21-е – детрит подвергся резорбции, сформировалась соединительнотканная капсула; 40-е – в зоне гемостаза отмечали тонкую полосу соединительнотканной капсулы; 60-е – под капсулой отмечали гистиоцитарную инфильтрацию.

**Выводы.** Наиболее эффективным методом является локальный криогемостаз: незначительная степень выраженности воспалительного процесса; в ранние сроки (7 суток) формируется капсула селезенки.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев, В.С. Сочетанная травма селезенки / В.С.Алексеев, Е.С.Катанов // Вестник Чувашского университета. – 2013. – № 3. – С. 341-346.

2. Семичев, Е.В. Сравнительный анализ методов гемостаза при операциях на селезенке / Е.В.Семичев [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 4, № 2. – С. 91-99.

## ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКА У ЖИТЕЛЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Гарелик Д. П.<sup>1</sup>, Праворов А. В.<sup>1</sup>, Озем В. А.<sup>1</sup>, Божко Г. Г.<sup>2</sup>,  
Миклашевич Ф. С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

**Актуальность.** Опухоли надпочечника (ОН) наблюдаются у 3-4% обследуемых пациентов, из них рак встречается в 2-4% случаев [1,2,3]. На практике часто используется классификация (WHO, Lion, 2004): 1) опухоли коры надпочечников: адренокортикальная аденома; адренокортикальная карцинома; 2) опухоли мозгового вещества надпочечников: доброкачественная феохромоцитома; злокачественная феохромоцитома; комбинированная феохромоцитома/параганглиома; внемозговых параганглиомы; 3) мезенхимальные опухоли; 4) вторичные (метастатические) опухоли. При злокачественных ОН (С 74.0) используют стадирование по классификации AJCC. Клинически более адаптированной представляется классификация ENSAT[4].

**Цель.** Ретроспективно изучили данные 17 пациентов, состоящих на учете в Гродненском областном онкологическом диспансере, а также данные