

недовольство, связанное с признанием ближайшим окружением их «зависимыми».

У большей части пациентов наблюдаются полное согласие с необходимостью наркологического лечения и правильное понимание причин попадания в стационар, а значит, готовность к работе над своей проблемой.

Также можно отметить, что пациенты, которые имеют судимость в связи с употреблением алкоголя, имеют более высокие показатели выраженности алкогольной анозогнозии по субшкалам «Эмоциональное неприятие заболевания» и «Несогласие с лечением», что говорит о формальном критическом отношении к своему заболеванию, то есть без соответствующей эмоциональной реакции. У таких пациентов алкогольная анозогнозия может быть особенно проблематичной, поскольку может приводить к повторным правонарушениям.

Выявление алкогольной анозогнозии может быть полезным при разработке индивидуального плана лечения, так как осведомлённость о критериях алкогольной зависимости связана с готовностью пациента принять помощь и лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер, В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии / В. Б. Альтшулер. – М.: Имидж, 1994. – 220 с.
2. Рыбакова, Ю.В. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом. Методические рекомендации / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк. – СПб, 2011. – 37 с.

ОЦЕНКА И СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шило Г. С., Дашкевич П. А.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: Гуца Т.С.

Актуальность. Среди всех закрытых повреждений внутренних органов повреждения почек составляют 14,8% [2]. Частота обнаружения почечно-клеточного рака у взрослых может достигать 3,0-4,0% [1, 3]. Длительный опыт почечной хирургии показал клиническую целесообразность сохранения большого объёма функционирующей почечной паренхимы и патогенетическую обоснованность органосохраняющих операций при различных заболеваниях почек [3], что обеспечивает достижение лучших (в сравнении с нефрэктомией) результатов. Число таких вмешательств в последние годы прогрессивно

увеличивается и является актуальным выбором. Важнейшей задачей во время выполнения операции служит адекватный гемостаз [2, 3].

Цель. Исследовать экспериментально различные методы гемостаза после резекции почки и оценить их влияние на послеоперационные изменения в паренхиме почки.

Методы исследования. Объектом исследования были 27 белых беспородных крыс (200-250 гр). Распределение животных производили на 3 группы в зависимости от метода гемостаза.

В условиях операционной под внутримышечным наркозом (кетамин: 0,1 мл на 100 г массы крысы) выполняли верхнесрединную лапаротомию и рассечение заднего листка париетальной брюшины. Далее производили мобилизацию почки, резекцию ее нижнего полюса (0,8x0,5см) и гемостаз: 1-я группа – прикладывание к резецированной поверхности селезенки гемостатической губки до полного пропитывания кровью (Cutanplast standard, Италия); 2-я – диатермокоагуляция (аппарат ветеринарный высокочастотный Панда 105) в биполярном режиме 4; 3-я – укрытие фторопластом. После ревизии забрюшинного пространства и брюшной полости производили послойное ушивание.

Выводили из эксперимента животных на 7-е, 21-е и 40-е сутки после операции, подвергали аутопсии для проведения макро- и микроисследований раневой поверхности почки. При оценке макрокартины обращали внимание на изменения брюшины, наличие выпота в брюшной полости, забрюшинном пространстве, выраженность спаечного и воспалительного процесса, цвет органа, наличие отека и взаимоотношение раневой поверхности с окружающими тканями. Для изучения патоморфологических изменений в области резекции производили забор материала (участок резецированной поверхности почки). Результаты эксперимента оценивали с помощью световой микроскопии после окраски срезов гематоксилин-эозином.

Результаты и их обсуждение. Время остановки кровотечения фиксировали с помощью секундомера. При использовании гемостатической губки в среднем время гемостаза 38 сек.; диатермокоагуляции – 28 сек., фторопаласта – 35 сек.

1-я группа (гемостатическая губка). На 7-е сутки после операции на аутопсии выпот в брюшной полости и забрюшинном пространстве отсутствовал. Отмечали рыхлые спайки между сальником и почкой. Признаки внутрибрюшного кровотечения не обнаруживали. Губка плотно прилежала к ране почки, где сохранялся умеренный отек. Почка обычного цвета. На гистологических препаратах: губка отделена от раневой поверхности почки воспалительным инфильтратом, представленным лимфоцитами, гистиоцитами, фибробластами, фиброцитами и большим количеством гигантских многоядерных клеток типа инородных тел. В этой зоне определялись хаотично расположенные коллагеновые волокна. Аналогичные изменения отмечаются и между структурными компонентами губки (рис. 1).

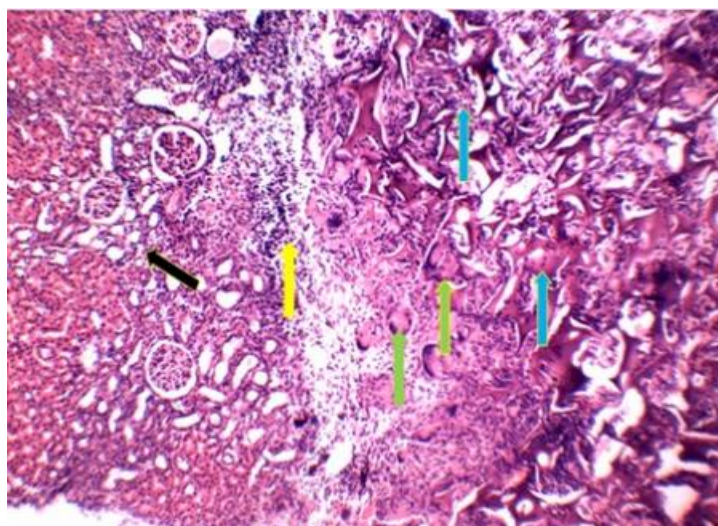


Рисунок 1. Ткань почки – черная стрелка; воспалительный инфильтрат – желтая; гигантские многоядерные клетки – зеленые стрелки; губка с воспалением и коллагеновыми волокнами – синие

Через 21 сутки после эксперимента отмечали рыхлые спайки раневой поверхности с печенью, сальником. На месте резекции – остатки губки в виде белесоватого рубца. Почки обычного цвета, поверхность ее гладкая. Микроскопически отмечали резорбцию губки на значительном протяжении с участием гигантских многоядерных клеток инородных тел. Степень выраженности воспалительной реакции уменьшилась, количество рыхлой соединительной ткани увеличилось (рис. 2)

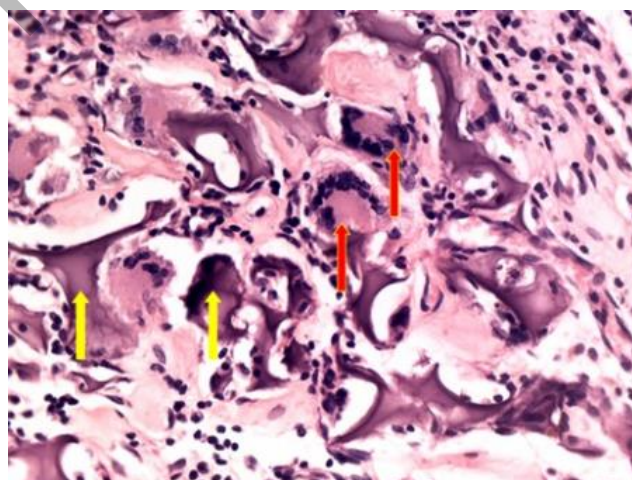
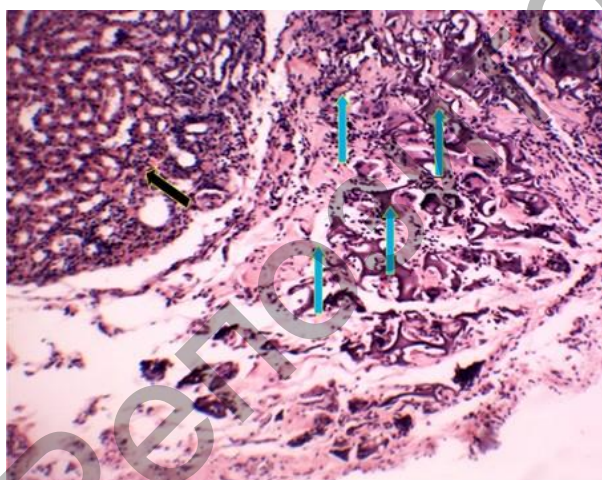


Рисунок 2. Ткань почки – черная стрелка; губка с воспалением и соединительной тканью – синие стрелки; фрагменты губки – желтые, подвергающиеся лизису – красные

Спустя 40 суток после вмешательства отмечали рыхлые спайки между печенью и почкой. На месте резекции рубец, губка не определялась. Гистологически губку не определяли; на ее месте обнаружено разрастание соединительной ткани с наличием по периферии инфильтрации с примесью гемосидерина (рис. 3).

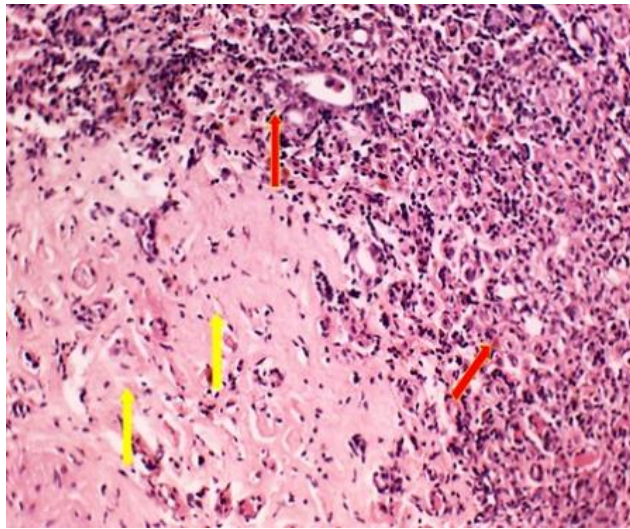


Рисунок 3. Разрастание зрелой соединительной ткани на месте губки – желтые стрелки; ткань почки с инфильтрацией – красные

2-я группа (диатермокоагуляция). На 7-е сутки после операции вмешательства выпот в брюшной полости, забрюшинном пространстве отсутствовал. Наблюдались рыхлые спайки раны почки и печени. Почки обычного цвета, поверхность ее гладкая. В области операции отек. Микроскопически в зоне вмешательства определялся коагуляционный некроз ткани почки, очаговый тромбоз вен. Перифокальная воспалительная реакция была выражена слабо и носила мелкоочаговый характер (рис. 4).

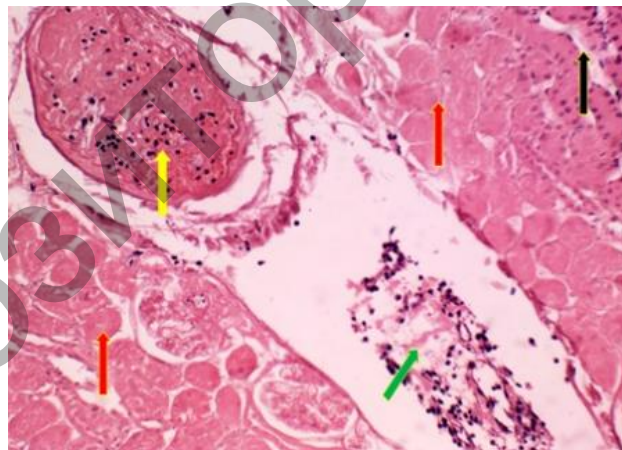


Рисунок 4. Коагуляционный некроз почки – красные стрелки; воспаление – зеленая

Через 21 сутки после операции на вскрытии между раневой поверхностью почки и сальником определялись рыхлые спайки. В зоне резекции отек меньше. Цвет почки не изменен. На гистологических срезах определяли резорбцию тканевого детрита, гигантские многоядерные клетки инородных тел, осуществляющие фагоцитоз. Воспаление резко выражено. В зоне клеточного инфильтрата определяется формирование молодой соединительной ткани в небольшом количестве (рис. 5).

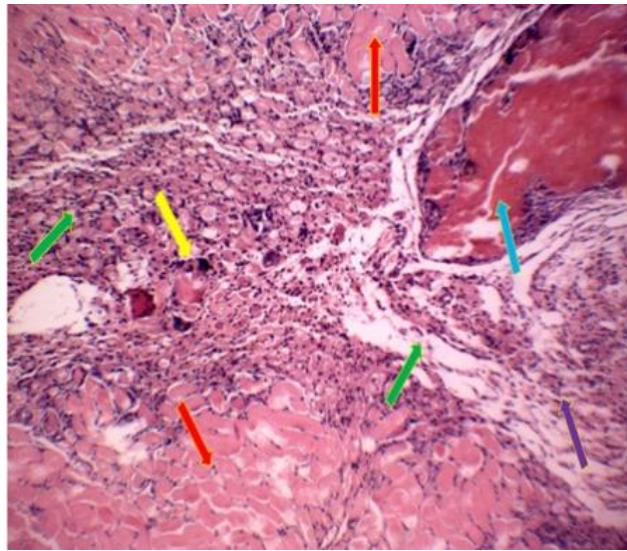


Рисунок 5. Некроз ткани почки – красные стрелки; тромб в вене – синяя стрелка; воспаление – зеленые стрелки; фагоцитоз тканевого детрита – желтая стрелка; очаговый фиброз – фиолетовая стрелка

Спустя 40 суток после операции определяли рыхлые спайки зоны резекции с сальником и печенью. Отёк отсутствовал. Гистологически отмечали резорбцию детрита на значительном протяжении. Он был отделен от почки умеренно выраженным лимфоидно-гистиоцитарным инфильтратом и частично инкапсулирован (рис. 6).

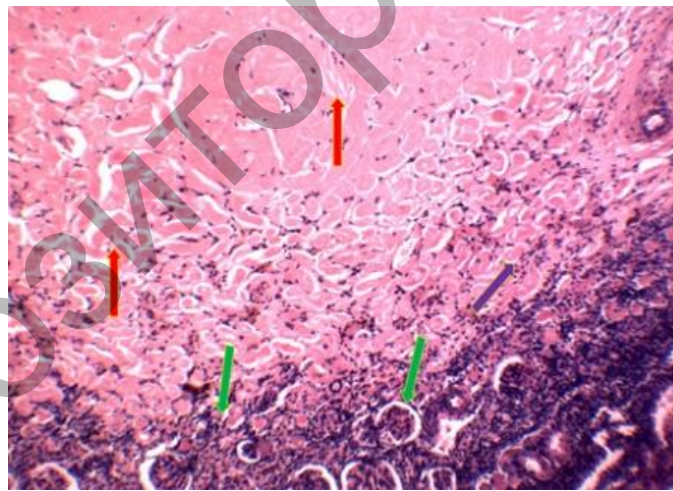


Рисунок 6. Некроз почки – красные стрелки; воспаление – зеленые; фиброз – фиолетовая

3-я группа (фторопласт). На 7-е сутки после операции следы воспаления и кровотечения в забрюшинном пространстве и в брюшной полости отсутствовали. Определялись рыхлые спайки между зоной резекции и печенью. Фторопласт плотно прилегал к раневой поверхности, где сохранялся умеренный отёк. Почка обычного цвета. Гистологически среди волокон фторопласта отмечается лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация с наличием

гигантских многоядерных клеток инородных тел, а также разрастание рыхлой соединительной ткани. Инфильтрат преимущественно располагается на границе с тканью почки (рис. 7).

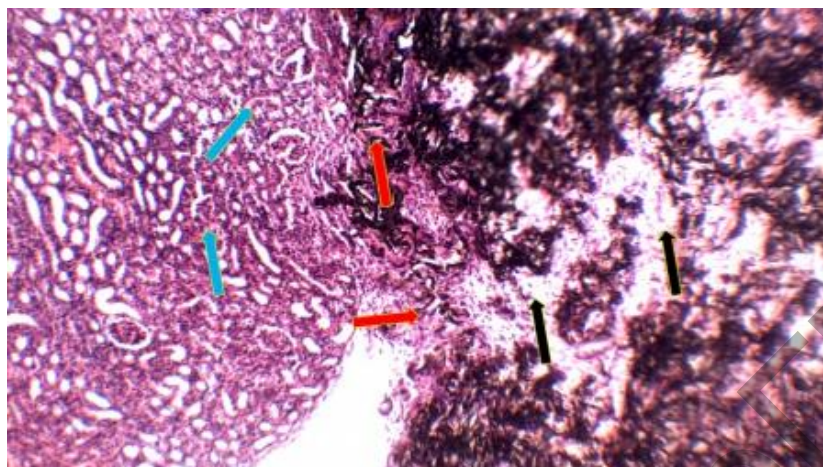


Рисунок 7. Соединительная ткань – чёрные стрелки, ткань почки – синие, воспаление – красные

Спустя 21 сутки на аутопсии отмечали спайки зоны резекции с печенью и сальником. Фторопласт плотно прилегал к операционной ране почки, отек уменьшился. Микроскопически среди волокон фторопласта отмечали диффузное разрастание зрелой соединительной ткани. Воспаление в области вмешательства скудное, в виде мелких скоплений и состоит из гигантских многоядерных клеток инородных тел (рис.8).

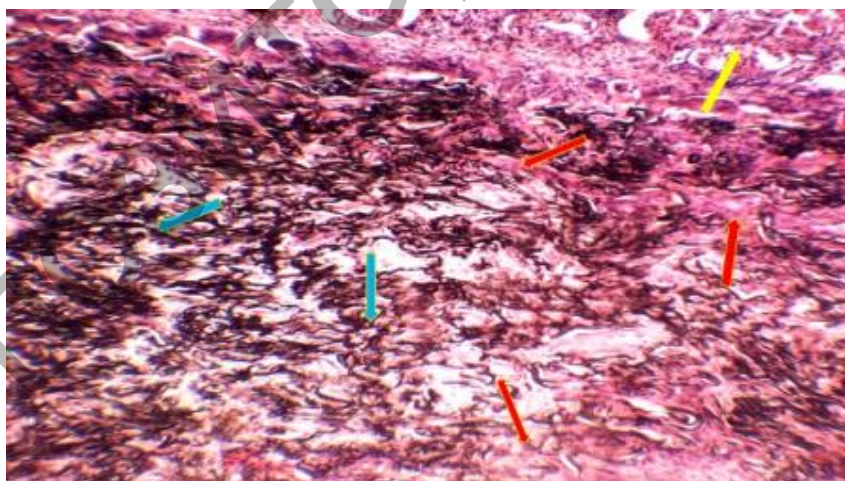


Рисунок 8 – Соединительная ткань – красные стрелки, ткань почки – жёлтые, фторопласт – красные

Через 40 суток после эксперимента отёк в области операции отсутствовал, однако определялись рыхлые спайки с печенью. Гистологическая картина идентична 21 суткам. (рис.9).

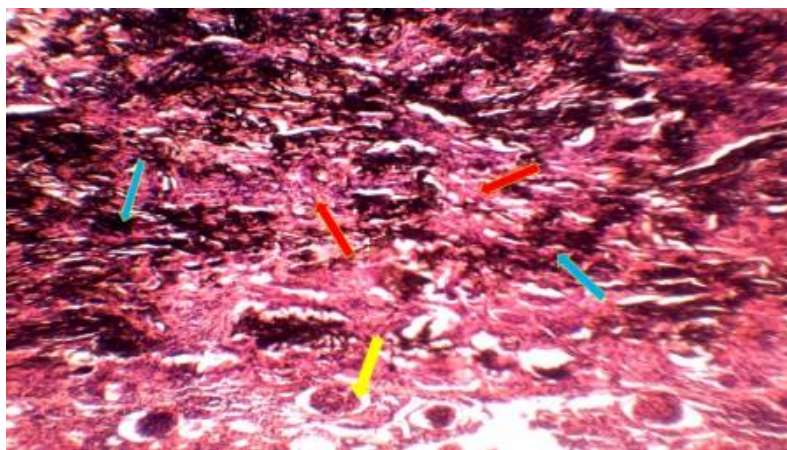


Рисунок 9 – Соединительная ткань – красные стрелки, ткань почки – жёлтые, фторопласт – красные

Выводы. Использование гемостатической губки в качестве метода гемостаза вызывает менее выраженную воспалительную реакцию, чем использование диатермокоагуляции, а также приводит к обильному разрастанию соединительной ткани, что выражено куда слабее в случае использования диатермокоагуляции. При применении фторопласта наблюдалась слабая воспалительная реакция в совокупности с диффузным разрастанием соединительной ткани. Недостатком применения губки и фторопласта является фиксация в капсуле почки. Таким образом, можно сделать вывод, что губка и фторопласт являются менее травматичными для паренхимы почки и в различных ситуациях необходимо применять наиболее целесообразный для данного случая метод.

ЛИТЕРАТУРА

1. Носов, А.К. Лапароскопическая резекция почки без ишемии и без наложения гемостатического шва на зону резекции у пациентов с раком почки / А. К. Носов, П. А. Лушина, С. Б. Петров // Урологические ведомости. – 2016. – № 6 (S). – С. 76–77.
2. Попков, В.М. Способы гемостаза при резекции почки / В. М. Попков, Д. Ю. Потапов, А. Н. Понукалин // Новости хирургии. – 2012. – № 2, Т. 20. – С. 85–94.
3. Бесшовная резекция почки / С.В. Шкодкин [и др.] // Вестник урологии. – 2022. – №10 (3). – С. 122–132.