

Из 46 пролеченных пациентов с патологией ЩЖ 28 (60,9 %) трудоспособного возраста, 18 человек (39,1 %) – пенсионеры. Средняя продолжительность нахождения в стационаре составила 13 дней, среди работающих пациентов – 10 дней.

**Выводы.** В настоящее время в рамках эндокринологического стационара в структуре патологии ЩЖ преобладают тиреотоксикоз на фоне диффузно-узлового токсического зоба или аутоиммунного тиреоидита и гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита, либо как следствие тиреоидэктомии. В стационаре практически отсутствуют изолированные патологические изменения ЩЖ. Все заболевания сопровождаются той или иной сопутствующей патологией, что, безусловно, необходимо учитывать в процессе лечения эндокринных нарушений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Корытко, С. С. Болезни эндокринной системы в Беларуси – статистические и демографические сопоставления / С. С. Корытко, И. М. Хмара, О. Б. Салко [и др.] // Медицинские новости. – ЮпокомИнфоМед, 2013. – № 3. – С. 42–48.

2. Мохорт, Т. В. Динамический мониторинг йодной обеспеченности в Беларуси: результаты и проблемы / Т. В. Мохорт, Н. Д. Коломиец, С. В. Петренко [и др.] // Проблемы эндокринологии, 2018. – Т. 64. – №3. – С. 170–179.

3. Якубовский, С. В. Эпидемиология доброкачественных заболеваний щитовидной железы у взрослого населения Республики Беларусь: анализ общенациональных статистических данных за период 2009-2019 гг. / С. В. Якубовский, Г. Г. Кондратенко, О. Б. Салко [и др.] // Проблемы Эндокринологии, 2022. – Т. 68. – № 33. – С. 30–43.

## ГЕТЕРОТОПИЧЕСКАЯ АУТОЛИЕТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Гуца Т.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Травматические повреждения селезенки в настоящее время занимают по частоте 1-2 место среди закрытых повреждений органов брюшной полости, которые даже при небольших разрывах капсулы органа обуславливают выраженное кровотечение, а летальность составляет 40,9 % [1, 2]. Ятрогенные повреждения органа встречаются при выполнении операций на желудке и пищеводно-желудочном переходе. Учитывая, что при этом трудно выполнить надежный гемостаз, спленэктомия остается одним из наиболее распространенным методом хирургического вмешательства повреждений селезенки [2]. Доказана значимость селезенки в выполнении для организма ряда важнейших функций, а спленэктомия вызывает резкое снижение

иммунных сил и потерю антимикробной функции. Развитие «гипоспленизма» у такой группы пациентов побудило врачей к поиску органосохраняющих операций особенно в молодом и среднем возрасте. Альтернативным вариантом таких операций является аутотрансплантация ткани селезенки [1, 3].

**Цель.** Изучить в эксперименте приживление и регенерацию селезеночной ткани в забрюшинном пространстве и мышечном ложе бедра лабораторного животного.

**Методы исследования.** Для выполнения поставленной цели проводили эксперимент на 24 белых крысах массой 200-250 гр. в условиях операционной с соблюдением требований асептики и антисептики. После введения в наркоз (кетамин 0,1 мл. на 100 гр. массы животного) производили лапаротомию, спленэктомию и формировали фрагменты из селезенки размером 1,0x0,7x0,3.

В 1 серии эксперимента имплантировали фрагменты в забрюшинное пространство. В левом боковом канале рассекали париетальный листок брюшины и заходили в забрюшинное пространство. На уровне нижнего полюса левой почки тупо раздвигали клетчатку, накладывали кисет и в него погружали сформированные фрагменты ткани селезенки. Во 2 серии доступ выполняли на передней поверхности бедра. Далее тупо раздвигали волокна мышцы и погружали селезеночную ткань. Для исследования репаративных процессов производили забор кусочков с селезеночной тканью на 7, 21, 40 и 60 сутки. Взятый материал фиксировали в 10 % нейтральном формалине, готовили патоморфологические срезы и результаты оценивали с помощью световой микроскопии.

**Результаты и их обсуждение.** В послеоперационный период отмечали 3 летальных случая: 2 – послеоперационный перитонит, 1 – абсцесс в области аутотрансплантата. Остальные подопытные животные хорошо перенесли операции. Из состояния наркоза выходили без осложнений, пили воду, а на следующие сутки принимали пищу, поведение их становилось активное. У всех крыс раны зажили первичным натяжением. Со стороны брюшной полости, брюшины, забрюшинного пространства следов воспаления, состоявшегося кровотечения не отмечали. В области бедра абсцессов, гематом, признаков нагноения не было.

У животных 1 серии на 7 сутки после операции при морфологическом исследовании срезов зоны аутотрансплантата выявляли, что около 50 % ткани селезенки подверглась коагуляционному некрозу, а лимфатические фолликулы были единичные. Вокруг детрита определялась выраженная нейтрофильноклеточная инфильтрация. Через 21 сутки после вмешательства отмечали инкапсулированную ткань селезенки и отсутствие фолликулов. Также обнаруживали, что значительная часть детрита резорбировалась, однако вокруг него имелась выраженная нейтрофильноклеточная инфильтрация и грануляционная ткань, которая была представлена широким перифокальным ободком. Спустя 40 дней после эксперимента некроз не был выявлен. Отмечали имплантированную селезеночную ткань, покрытую капсулой, а лимфоидные фолликулы в ней по-прежнему не определялись. У животных этой же серии на



процессы аутотрансплантата. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что данные методы аутотрансплантации могут быть применены после спленэктомии в результате травм и ятрогенного поражения селезенки, когда нет возможности ее сохранить и применять их необходимо в зависимости от каждого клинического случая и возраста пациента.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Акилов, Х. А. Целесообразность выполнения гетеротопической аутотрансплантации селезеночной ткани после спленэктомии / Х. А. Акилов, Ф. Ш. Примов // Вестник экстренной медицины. – 2015. – № 4. – С. 90–93.
2. Масляков, В. В. Выбор хирургической тактики при закрытых травмах селезенки в зависимости от тяжести состояния в момент поступления / В. В. Масляков [и др.] // Медицинские науки. – 2020. – № 4 (56). – С. 51–63.
3. Морозов, Д. А. Постспленэктомический гипоспленизм / Д. А. Морозов, С. А. Ключев // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2015. – № 7. – С. 412–418.

## ПРОФИЛАКТИКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Гуща Т.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Одним из самых тяжелых осложнений хирургических вмешательств на органах брюшной полости является острый послеоперационный панкреатит. По данным литературных источников частота его развития составляет 20-25 %, а после вмешательств на поджелудочной железе и желчевыводящих путях достигает 30-55% [1]. В настоящее время различные виды резекции органа остаются самым распространенным методом оперативного лечения. Однако, несмотря на достижения за последние годы в хирургическом лечении панкреатита и в совершенствовании оперативной техники, строгое соблюдение при вмешательствах анатомического строения железы, разработку способов укрытия культи, частота послеоперационных осложнений и летальность не имеет тенденции к снижению и остаются актуальными [1; 3]. Одной из основных причин смертности при резекции поджелудочной железы является послеоперационный панкреатит.

Во многих отраслях современной медицины благодаря широкому спектру действия используется низкоинтенсивное лазерное излучение. Действие лазерного излучения вызывает как локальные эффекты, так и системную реакцию организма. Клинические наблюдения показали положительное влияние видимого красного спектра как на патологический очаг, так и на организм в целом [2].