

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].

Цель. Оценить воздействие низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на профилактику развития панкреатита после экспериментальной резекции поджелудочной железы.

Методы исследования. Исследования проводили на 24 белых крысах массой 200-250 гр. С соблюдением правил асептики и антисептики в условиях операционной кафедры под общей анестезией (в/м кетамин 0,1 на 100 гр. массы крысы) выполняли срединную лапаротомию, мобилизацию участка поджелудочной железы животного, резекцию дистальной ее части (1,0x0,5 см) с сохранением кровоснабжения селезенки. Культю органа ушивали П-образными швами. Подопытные животные были разделены на 2 группы. У крыс 1 группы после ушивания культи ее погружали в брюшную полость, 2 – на культю органа интраоперационно однократно воздействовали НИЛИ красной области спектра (λ – 670 нм, мощность – 25 мВт, t-5 мин). Облучение производили с помощью терапевтического лазерного аппарата «Родник-1». После ревизии брюшной полости раны передней брюшной стенки послойно ушивали. Выводили из эксперимента животных на 7, 21, 40 и 60 сутки. На аутопсии оценивали макрокартину и производили забор кусочков культи поджелудочной железы для гистологического исследования. После фиксации препаратов в 10 % нейтральном растворе формалина готовили патоморфологические срезы и окрашивали их гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону. Результаты оценивали с помощью световой микроскопии.

Результаты и их обсуждение. После проведенного эксперимента все крысы были живы, операции перенесли хорошо. В первый день после вмешательства были вялые, пили воду. На вторые сутки стали более активные, пили воду и принимали пищу. Раны зажили первичным натяжением. У всех животных отсутствовали признаки воспаления со стороны брюшной полости и брюшины, следы состоявшегося кровотечения.

В 1 группе на 7 сутки после операции на аутопсии в области культи отмечался рыхлый спаечный процесс с селезенкой и отёк. Микроскопически отмечали повсеместное умеренное расширение протоков экзогенной паренхимы. Междольковая соединительная ткань с отеком, разрастанием грануляционной ткани. Клеточный инфильтрат представлен грануляционной и агрануляционной тканью, большим количеством фибробластов и фиброцитов с формированием коллагеновых волокон.

Через 21 сутки сохранялся спаечный процесс зоны резекции с желудком и умеренный отек культи. На гистологических срезах в ткани поджелудочной железы определялись очаговые слабовыраженные расширения протоков экзокринной ткани и островки неспецифической грануляционной ткани с преобладанием коллагеновых волокон и редуцирующихся сосудов.

Спустя 40 дней после эксперимента на вскрытии в области вмешательства рубец, культя розового цвета, отека не было. Отмечали рыхлые спайки с дном желудка. Анализ микроскопических препаратов показал, что фрагмент поджелудочной железы окружён жировой тканью и узким ободком соединительной ткани с очаговой лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрацией.

Макроскопически на 60 сутки на аутопсии культя железы обычного цвета и была соединена спайкой с селезенкой у одного лабораторного животного. Гистология срезов зоны операции позволяет отметить, что ткань железы окружена жировой тканью и тонкой фиброзной капсулой с наличием лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации.

2 группа с воздействием лазером красной области спектра. При вскрытии крыс на 7 сутки после эксперимента спаечный процесс с зоной резекции не обнаруживали. В области культы железы отмечали незначительный отёк. Микроскопически расширения протоков и ацинусов в месте резекции поджелудочной железы не выявляли, только в строме слабовыраженный отёк. Однако в окружающих орган тканях определялась неспецифическая грануляционная ткань, богатая сосудами, гранулоцитами и агранулоцитами, большое количество фибробластов и фиброцитов с формированием коллагеновых волокон.

Спустя 21 сутки с момента операции на вскрытии у одного животного обнаруживали умеренный спаечный процесс зоны резекции с желудком, не вызывающий его деформации и близлежащих образований. Отёка культы уже не отмечали. В этот же срок при гистологическом исследовании области резекции определяли ткань поджелудочной железы с обычным строением ацинусов и протоков, а также значительное уменьшение воспаления с мелкими фрагментами созревающей грануляционной ткани.

Во время аутопсии через 40 суток после эксперимента в области повреждений поджелудочной железы определяли сформированный рубец. Микроскопическое исследование срезов определило ткань поджелудочной железы с прилежащей жировой тканью, в которой отмечалась слабовыраженная лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация и очаговый склероз.

При выведении животных на 60 сутки после вмешательства макроанатомия поджелудочной железы не изменена. Гистологически ткань органа с прилежащей жировой тканью без воспалительных изменений.

Анализируя результаты проведенного эксперимента, можно сделать заключение, что резекция поджелудочной железы приводит к развитию в зоне вмешательства острого панкреатита, сопровождающегося отеком культы органа, спаечным процессом с окружающими органами. Патоморфологический анализ показал воспалительную инфильтрацию, представленную грануляционной и агрануляционной тканью, большим количеством фибробластов и фиброцитов; умеренное расширение протоков экзогенной паренхимы, отек междольковой соединительной ткани, разрастание грануляционной ткани. Следует отметить, что воспаление присутствовало в двух группах. Однако применение НИЛИ красной области спектра значительно уменьшает воспалительную инфильтрацию уже на 21 сутки после операции, а на 40 – воспаление и спаечный процесс отсутствует. Таким образом можно сделать вывод, что НИЛИ красного диапазона стимулирует репаративные процессы в культе поджелудочной железы, значительно уменьшает воспаление, что создает благоприятные условия для профилактики послеоперационного панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коробка, В. Л. Профилактика послеоперационного деструктивного панкреатита и несостоятельности панкреатодигестивных анастомозов после резекции поджелудочной железы / В. Л. Коробка, О. И. Глушкова, Р. Е. Громыко // Медицинский вестник северного Кавказа. – 2012. – № 3. – С. 49–51.
2. Буйлин, В. А. Низкоинтенсивные лазеры в хирургии: реальность и перспективы / В. А. Буйлин, Е. И. Брехов, В. И. Брыков // Анналы хирургии. – 2003. – № 2. – С. 8–10.
3. Стенько, А. А. Способы профилактики микроциркуляторных нарушений при послеоперационном панкреатите / А. А. Стенько, И. Г. Жук // Актуальные проблемы морфологии: материалы Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 85-летию Бел. гос. мед. ун-та, Минск, 2006 г. / редкол.: П. Г. Пивченко [и др.]. – Минск, 2006. – С. 147–148.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИАСКИНТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Демидик С.Н.¹, Алексо Е.Н.¹, Декевич С.С.², Дюрдь Г.Ч.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненский областной клинический центр «Фтизиатрия»

Актуальность. Основными методами выявления туберкулеза среди населения являются цифровая рентгенография органов грудной клетки у взрослых и иммунологические тесты (Проба Манту, кожная проба «Диаскинтест» (ДТ)) у детей. В соответствии с клиническими протоколами и инструкциями по применению перед назначением биологической терапии лекарственными средствами тоцилизумаб, олокизумаб, инфликсимаб, адалимумаб и др. всем пациентам (взрослым и детям) рекомендовано тестирование для исключения латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ). Для диагностики ЛТБИ у взрослых, учитывая высокую чувствительность, специфичность, простоту использования и доступность, чаще всего используется кожная проба с использованием рекомбинантного белка «ДИАСКИНТЕСТ®» [1; 2; 3; 4].

Цель. Выявить наличие латентной туберкулезной инфекции у взрослых пациентов перед назначением биологической терапии, используя кожную пробу «Диаскинтест».

Методы исследования. Обследовано 137 пациентов, направленных врачами ревматологами и гастроэнтерологами в поликлиническое отделение учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр Фтизиатрия» в период с 2021 по 2023 год. Средний возраст пациентов составил $56,8 \pm 12,3$ лет. Среди обследованных пациентов было 104 (75,9 %) женщины и 33 (24,1 %) мужчины. Преобладали жители города – 116 (84,7 %) пациентов.