

селезенки уменьшились в 2 раза, а трансплантат уже был покрыт капсулой. При оценке срезов на 60 сутки отмечали наличие фрагмента селезенки. Пульпа органа на большем протяжении отделялась от жировой ткани фиброзной капсулой. В местах ее отсутствия выявляли лимфоидно–гистиоцитарную инфильтрацию и выраженный гемосидероз.

Выводы. При анализе полученных в ходе эксперимента данных можно сделать вывод, что данный способ аутотрансплантации фрагментов селезенки в забрюшинное пространство является эффективным, и может быть применен, когда нет возможности произвести пересадку селезеночной ткани в большой сальник, печень, переднюю брюшную стенку и т.д.

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. 90–92.

РОЛЬ ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В РЕГЕНЕРАТОРНЫХ ПРОЦЕССАХ ПАРЕНХИМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Гуща Т.С.¹, Кременовский П.К.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹, МНПЦ
хирургии, трансплантологии и гематологии²*

Актуальность. В настоящее время вариантов хирургических вмешательств, выполняемых на поджелудочной железе, довольно много. Однако резекция различных ее отделов остается одной из самых распространенных операций [1].

Цель. Провести изучение репаративных процессов поджелудочной железы после резекции дистальных ее отделов под воздействием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) инфракрасного диапазона в эксперименте.

Методы исследования. Исследование проводили на белых крысах массой 200–250 гр. В операционной под общим наркозом в/м кетамин (0,1 мл на 100 гр. массы) выполняли срединную лапаротомию, резекцию дистальных отделов поджелудочной железы. У животных 1–й группы культю железы ушивали и погружали в брюшную полость; 2–й – воздействовали на рану инфракрасным диапазоном НИЛИ (λ – 740 нм, мощность – 5 мВт, t–5 мин). Выводили животных из эксперимента на 7, 21, 40 и 60 сутки с оценкой макро- и микрокартины. Из области культи железы производили забор материала. После окраски срезов гематоксиллин–эозином читали результаты при помощи световой микроскопии.

Результаты и их обсуждение. Летальных случаев не было, раны зажили первичным натяжением. На вскрытии у крыс патологических изменений со стороны брюшины не отмечали, следы состоявшегося кровотечения, абсцессы, гематомы отсутствовали.

1-я группа: 7-е сутки – отмечали спаечный процесс области резекции с селезенкой и отёк культи железы, повсеместное умеренное расширение протоков экзогенной паренхимы. Междольковая соединительная ткань была отёчна, с разрастанием грануляционной ткани, богатой сосудами, лимфоцитами, гистиоцитами и небольшим количеством фибробластов. 21-е – в зоне резекции железы обнаруживали спаечный процесс с желудком и слабовыраженный отёк. Гистологически определяли очаговые слабо выраженные расширения протоков экзокринной ткани. Местами в их просвете отмечали белковый секрет, а строма железы островки неспецифической грануляционной ткани с преобладанием коллагеновых волокон. 40-е – рыхлые спайки с дном желудка. Микроскопически орган был окружён жировой тканью и узким ободком соединительной ткани с очаговой лимфоидно–гистиоцитарной инфильтрацией. 60-е – рубец в зоне резекции и спайка с селезенкой. Ткань железы была окружена жировой тканью и тонкой фиброзной капсулой. Отмечали лимфоидно–гистиоцитарную инфильтрацию.

2-я группа: 7-е сутки – в зоне резекции спаечный процесс с сальником и селезенкой, умеренный отек. Гистологически в области культи определяли соединительную ткань с умеренным воспалительным инфильтратом, протоки не были расширены. 21-е – рыхлые спайки культи с сальником. В зоне операции – полнокровие артерий, а периваскулярно слабовыраженное воспаление. Междольковая строма без особенностей. 40-е – спайки не отмечали. Микроскопически в области операции обнаруживали грануляционную ткань, паренхима железы без изменений. 60-е – в зоне резекции рубец, признаки воспаления отсутствовали.

Выводы. НИЛИ инфракрасного диапазона уже в ранние сроки после операции (7 сутки) значительно уменьшает воспаление, спаечный процесс, способствует регенерации паренхимы поджелудочной железы в зоне операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прядко. А.С. Выбор варианта хирургического лечения хронического панкреатита с учётом морфологических изменений в поджелудочной железе / А. С. Прядко, Н. А. Майстренко, П. Н. Ромащенко // Вестник хирургии. – 2014. – №3, Т.173. – 38–48.