

локального панкреатита, сопровождающегося отеком культи органа. Как правило, он носил ограниченный характер. К 40 суткам у животных обнаруживали признаки хронического панкреатита: очаговый склероз, инфильтрацию. Воспалительная инфильтрация была представлена грануляционной и агрануляционной тканью, большим количеством фибробластов и фиброцитов. Отмечали умеренное расширение протоков экзогенной паренхимы, отек междольковой соединительной ткани. Воздействие НИЛИ красной области спектра улучшало микроциркуляцию, значительно уменьшало воспалительную инфильтрацию уже на 21 сутки после операции. В эти сроки отсутствовало расширение протоков и ацинусов. На 60-е сутки воспаления не было и отмечали сформированный рубец.

Выводы. Резекция поджелудочной железы приводит к развитию в ранние сроки острого, в более поздние – хронического панкреатита. НИЛИ красного диапазона стимулирует репаративные процессы в культе поджелудочной железы после операции, значительно уменьшает воспаление, предотвращает инфицирование раневой поверхности органа, что создает благоприятные условия для заживления и профилактики послеоперационного панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. 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.
3. Назыров, Ф. Г. Острый панкреатит / Ф. Г. Назыров // *Вестник экстренной медицины*. – 2010. – № 4. – С. 8–14.
4. Исследование вариантов отхождения и ветвления дорсальной панкреатической артерии человека / А. В. Павлов, Е. В. Секисова, Н. А. Пронин [и др.] // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2024. – № 7. – С. 87–91.
5. Прядко, А. С. Хирургия хронического панкреатита / А. С. Прядко // *Вестник хирургии им. И. И. Грекова*. – 2014. – Т. 173, № 5. – С. 91–97.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ

Гуша Т.С.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь*

Введение. В структуре тяжелых сочетанных повреждений со стороны органов брюшной области преобладает травма селезенки и составляет 45–60 %

[2, с. 101]. Большинство urgentных хирургов при тяжелых повреждениях органа выполняют обоснованную спленэктомию [1, с. 74]. Однако следует учитывать, что селезенка в организме выполняет ряд важных функций и при операции удаляется наиболее крупный орган иммунной системы. У пациентов после спленэктомии развивается так называемый «постспленэктомический синдром», с нарушением звеньев гуморального и клеточного иммунитета. Резекция селезенки при ряде травматических повреждений считается как радикальной, так и органосохраняющей операцией. При выполнении данных хирургических вмешательств на органе в связи с возможными ошибками и осложнениями целесообразно и необходимо учитывать особенности экстра- и интраорганного кровоснабжения селезенки. Для нее свойственна вариабельность строения как со стороны магистральных ветвей, так и интраорганных сосудов. Травмы селезенки, учитывая особенности строения паренхимы, анатомического расположения и кровоснабжения, занимают одно из ведущих мест по тяжести течения, тактике лечения. Ведущей проблемой при данной патологии органа является обеспечение надежного гемостаза [3, с. 93].

Цель. Изучить особенности течения раневого процесса селезенки после резекции в зависимости от способа гемостаза в эксперименте.

Методы исследования. Исследования проводили на 24 белых беспородных крысах (200–250 гр), которым в операционной кафедры под общим наркозом (кетамин: 0,1мл на 100 г массы) производили лапаротомию. После ревизии брюшной полости выполняли мобилизацию и резекцию верхнего полюса селезенки (0,8x0,5см). Открывалось паренхиматозное кровотечение, после чего осуществляли гемостаз. Экспериментальных животных ранжировали на 2 группы: 1-я – окончательный гемостаз достигнут путем прикладывания к резецированной поверхности селезенки гемостатической губки, которая пропитывалась кровью и плотно фиксировалась к раневой поверхности органа (Cutanplast standard, Италия), 2-я – диатермокоагуляцией (аппарат ветеринарный высокочастотный Панда 105) в биполярном режиме 4, выходное напряжение 2000 В. Далее переднюю брюшную стенку послойно ушивали.

С целью анализа патоморфологических изменений паренхимы селезенки после гемостаза подопытных животных выводили из эксперимента на 7-е, 21-е и 40-е сутки после операции, производили забор участка резецированной поверхности селезенки в месте аппликации гемостатической губки и воздействия электрокоагуляции. Далее готовили срезы и результаты исследования после окраски срезов гематоксилин-эозином оценивали с помощью световой микроскопии.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационной летальности животных во всех группах не было.

В 1-й группе после аппликации гемостатической губкой через 7 суток после операции на гистологических препаратах в зоне резекции селезенки местами обнаруживали детрит с лейкоцитарной инфильтрацией, имеющийся и в губке (на стороне, прилежащей к раневой поверхности).

Микроскопически на 21 сутки в области гемостаза губку не определяли. В данной зоне и припаянном сальнике отмечали разрастание соединительной ткани с наличием периваскулярной лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации, местами с гигантскими многоядерными клетками.

Анализ морфологических срезов спустя 40 суток показал, что капсула селезенки частично восстановлена, утолщена за счет разрастания соединительной ткани, представленной узкой полоской. Элементы губки не определяли. Под капсулой отмечали лимфоидно-гистиоцитарную инфильтрацию. К капсуле органа прилежал сальник с очаговым наличием кровеносных сосудов с выраженными признаками ангиоматоза и наличием среди жировой ткани гистиоцитов, фибробластов и фиброцитов (слабо выраженная воспалительная инфильтрация).

После воздействия электрокоагуляции во 2-й группе на 7-е сутки гистологически в зоне резекции селезенки определяли обширную зону коагуляционного некроза, неравномерно инфильтрированного лейкоцитами (преимущественно гранулоцитами).

На патоморфологических срезах через 21 сутки в зоне резекции выявляли, что некроз на большем протяжении подвергся рассасыванию. Однако местами сохранялся в виде мелких очагов, окруженных соединительнотканной капсулой (инкапсуляция) с наличием лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации и умеренно выраженного гемосидероза. В области гемостаза в некоторых местах был припаян сальник с умеренно выраженной лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрацией.

На 40 сутки микроскопически в зоне операции обнаруживали мелкие очаги коагуляционного некроза, которые подверглись инкапсуляции, с выраженной воспалительной инфильтрацией. Инфильтрат состоял из лимфоцитов, макрофагов и единичных многоядерных клеток инородных тел. В припаянном сальнике отмечали очаговый фиброз и выраженное воспаление. Гемосидероз на дне операционного поля.

Анализируя полученные экспериментально результаты можно сделать заключение, что аппликация гемостатической губки вызывает на 7 сутки образования детрита селезеночной ткани, электрокоагуляция – обширную зону коагуляционного некроза. На 21 сутки при применении губки детрит не отмечали; при воздействии электрокоагуляции некроз сохранялся на 21 и 40 сутки после гемостаза. В каждой из групп следует отметить развитие воспалительного ответа уже на 7 сутки, представленного лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрацией. Однако, в группе, где гемостаз осуществлялся губкой, на 21 сутки происходит заметное уменьшение воспалительного процесса и разрастание соединительной ткани (формирование рубца).

Выводы. Аппликация гемостатической губки с целью гемостаза обладает менее выраженным повреждающим эффектом на паренхиму селезенки, в меньшей степени вызывает воспалительные изменения в зоне резекции; в более ранние сроки приводит к формированию рубцовой ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Применение фибрин-коллагеновой субстанции при повреждениях селезенки / В. А. Горский, М. А. Агапов, А. В. Протасов [и др.] // Хирургия. – 2013. – № 12. – С. 73–77.
2. Одишелашвили, Г. Д. Хирургическое лечение повреждений селезенки / Г. Д. Одишелашвили, Д. В. Пахнов, Л. Г. Одишелашвили // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2023. – № 5. – С. 100–107.
3. Сравнительный анализ методов гемостаза при операциях / Е. В. Семичев, А. Н. Байков, П. С. Бушланов, Г. Ц. Дамбаев // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14, № 2. – С. 91–99.

ФЕНОМЕН АСИММЕТРИИ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ КОКСАРТРОЗЕ

Демко Н.А., Ширин Г.А.

*Гомельский государственный медицинский университет
Гомель, Беларусь*

Введение. Коксартроз – деформирующий остеоартроз тазобедренного сустава (ТБС) – является одной из самых частых причин инвалидизации населения. Поражение носит преимущественно двусторонний характер. В практике врача – травматолога – ортопеда в подавляющем числе случаев можно заметить феномен асимметрии, когда степень поражения тазобедренных суставов не совпадает друг с другом. Это явление не только определяет клиническую картину заболевания, но и принципиально влияет на выбор тактики лечения, последовательность хирургических вмешательств и исход реабилитации [1, с. 47; 2, с. 2151].

Цель. Сравнить клинко-рентгенологическую картину поражения ТБС у пациентов с симметричным и асимметричным их поражением.

Методы исследования. Исследование выполнено на базе Брестской городской поликлиники № 5. Проведен анализ 20 амбулаторных карт пациентов с односторонним и двусторонним коксартрозом, находившихся на амбулаторном лечении в период с 2023 по 2025 год. Критерии включения пациентов в исследование: наличие рентгенологически подтвержденного двустороннего коксартроза (стадии II – IV по Kellgren – Lawrence), возраст старше 50 лет, отсутствие тяжелой сопутствующей патологии, исключающей эндопротезирование. Критерии исключения: односторонний коксартроз, системные заболевания суставов, перенесенное ранее эндопротезирование тазобедренного сустава на одной из сторон. После применения критериев исключения в группе наблюдения осталось 10 пациентов с двусторонним коксартрозом.

Все пациенты были разделены на 2 группы:

1 группа – «симметричный» тип – разница в рентгенологической картине между тазобедренными суставами не более одной стадии.