

Аленко А.В., Комар Я.В.

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ПЕЧЕНИ
ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ФИБРИНОСТАТА» И ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ
(ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

Научный руководитель: ст. преп. Гуца Т.С.

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно*

Актуальность. Несмотря на широкое применение электрокоагуляции в хирургии печени, она вызывает обширный коагуляционный некроз, что замедляет заживление. Фибриновые клеи, такие как «Фибриностат», могут быть альтернативой, однако сравнительных морфологических исследований репарации печени при использовании этих двух методов недостаточно. Изучение морфологических особенностей заживления после «Фибриностата» и электрокоагуляции позволит выбрать оптимальный способ остановки кровотечения с точки зрения полноты регенерации ткани.

Цель: сравнить морфологические изменения ткани печени при применении препарата «Фибриностат» по сравнению с контролем в эксперименте на модели стандартизированного ранения печени.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 20 крысах Wistar (200–250 г), разделённых на две группы: контрольная (биполярная электрокоагуляция, аппарат «Панда 105», 38 Вт) и опытная (двухкомпонентный фибриновый клей «Фибриностат» по 0,2 мл каждого компонента в раневой канал). Под кетаминovým наркозом проведена лапаротомия и моделирование раны печени (0,6×0,5×0,3 см). Животных выводили на 3, 14 и 28-е сутки. Выполнено качественное морфологическое исследование срезов печени (окраска гематоксилином и эозином).

Результаты и их обсуждение. Через 72 часа в группе с «Фибриностатом» дефект заполнен фибрином с инфильтрацией гранулоцитами (преимущественно эозинофилами) и очагами лизиса. При электрокоагуляции – обширный коагуляционный некроз, детрит не резорбируется, по границе – лимфоцитарно-гистиоцитарная инфильтрация. Фибриновый клей индуцирует раннее воспаление и деградацию сгустка, тогда как коагуляция консервирует некротические массы.

К 14-м суткам в опытной группе фибриновая масса сохраняется, но воспаление стихает, появляются фибробласты, гемосидерин, паренхима печени не изменена. В контроле зона некроза обширная, детрит инкапсулируется грануляционной тканью. Это указывает на более быстрое очищение раны при использовании «Фибриностата» без обширного вторичного некроза.

На 28-е сутки в опытной группе – мелкий очажок фибрина, окружённый соединительной тканью, воспаление минимальное. В контроле зона некроза уменьшилась, детрит фрагментирован и инкапсулирован, но полной резорбции нет. «Фибриностат» практически полностью замещается соединительной тканью без длительного некроза, что говорит о более полном восстановлении дефекта.

Выводы. «Фибриностат» при ранении печени у крыс по сравнению с биполярной электрокоагуляцией сопровождается менее выраженной воспалительной реакцией, отсутствием обширного коагуляционного некроза и более ранним формированием соединительной ткани. К 28-м суткам после использования фибринового клея раневой дефект практически полностью замещается соединительной тканью, тогда как при электрокоагуляции сохраняются фрагменты некротического детрита. Таким образом, фибриновый клей «Фибриностат» обеспечивает более полное и быстрое восстановление тканевого дефекта печени по сравнению с электрокоагуляцией.