

Секция «Экспериментальные исследования»

**ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИЕ РАН ПОЧКИ.**

Каширина Елена Павловна¹, Валеева Алина Ильфатовна²

1 - Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; 2 -
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

E-mail: lenok93k@rambler.ru

Актуальность. Одной из сложнейших проблем регенеративной хирургии и урологии является разработка методик адекватного заживления ран почки и восстановления целостности органа.

Цель: Изучение в отдаленные сроки результатов хирургического лечения ран почки с применением губчатого и мембранного форм биоматериалов Аллоплант.

Материал и методы. Работа проведена на лабораторных крысах линии Wistar весом 150 гр. В качестве биоматериала использовались губчатая и мембранная формы Аллопланта. Крысы были разделены на 2 группы - контрольная и экспериментальная. В контрольной группе закрытие раневой поверхности производилось ксеногенным мембранным трансплантатом. В экспериментальной группе использовались аллогенные биоматериалы по следующей методике. Осуществляли клиновидную резекцию почки. Готовили губчатый биоматериал соответственно размерам раны и мембранный биоматериал соответственно площади раны. После чего на раневую поверхность укладывали губчатый биоматериал, сверху его накрывали мембранным биоматериалом, который в дальнейшем фиксировался к капсуле почки.

Результаты контрольной группы. В течение первых 5 суток наблюдалась активная иммунологическая реакция с преобладанием в инфильтрате нейтрофилов. На 12 сутки отмечается появление макрофагальной реакции и в последующем (на 17-е сутки) в клеточном инфильтрате обнаруживались недифференцированные соединительнотканые клетки и юные фибробласты. На 30-е сутки отмечается полное замещение трансплантата с формированием регенерата из плотной неоформленной волокнистой соединительной ткани с явлениями фиброза.

Результаты экспериментальной группы. Достигнуто полное восстановление анатомической целостности почки у всех животных. Заживление хирургической раны происходит без явлений фиброза. При микроскопии экспериментального материала выделены три зоны: контактная - непосредственно прилегающая к области травмы; реактивная зона - где отмечалось начало пролиферации канальцевого эпителия; условно интактная зона. На 3-4-е сутки после трансплантации в контактной зоне наблюдалась полиморфноклеточная инфильтрация. На 7-е сутки отмечалась активная макрофагальная реакция, при этом наибольшая концентрация макрофагов наблюдалась в зоне контакта губчатого биоматериала с окружающими тканями. В эти же сроки обнаружено начальное формирование канальцевого аппарата почки. На 14-28-е сутки отмечалась регенерация канальцевого эпителия в ячейках губчатого трансплантата. Диаметр почечных канальцев в интактной зоне почечной паренхимы колебался от 35+0,6 до 40+0,4 мкм, в области регенерата от 22+0,4 до 25+0,5 мкм. В последующие сроки происходила полная резорбция частиц трансплантатов. Мембранный биоматериал поэтапно замещался регенератом близким по структуре к фиброзной капсуле почки с развитым органическим сосудистым руслом.

Выводы. Таким образом, при трансплантации биоматериалов в дефект почечной паренхимы стимулируется регенерация структурных элементов нефрона. Заживление хирургической раны почечной паренхимы происходит без явлений фиброза.