

МАТЕРІАЛИ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО - ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ “ФІЗИОТЕРАПІЯ В ХІРУРГІЇ”

м. Чернівці
22 – 23 вересня 2000 року

УДК616.33./342-089:615.8

А.А.Алексеевко, А.О.Лусте, В.Ю.Соколов

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С “ТРУДНЫМИ” ЯЗВАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ ПОСТОЯННОГО ТОКА

Буковинская государственная медицинская академия

Резюме. Применение физиотерапии в предоперационной подготовке больных с язвенной болезнью позволяет добиться регрессии воспалительного параязвенного инфильтрата и улучшить результаты хирургического лечения данной группы больных.

Ключевые слова: язвенная болезнь, предоперационная подготовка, постоянный электрический ток.

Вступление. Частота ранних послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, достаточно высока – от 0,4% до 17% [1]. Летальность при этих осложнениях составляет 12-80% [2]. В первую очередь это касается несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечного анастомоза, анастомозитов и атонии культи желудка.

Причинами этих осложнений являются: грубая оперативная техника, использование аллергенных шовных материалов (кетгут), выраженные нарушения моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта (гастро- и дуоденостаз), наличие выраженного параязвенного инфильтрата с вовлечением соседних органов. В связи с переходом на консервативное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и органосохраняющие операции контингент больных, которым показана резекция желудка, становится значительно более тяжелым. Это касается больных с огромными пенетрирующими, постбульбарными и множественными язвами, при которых резекция желудка часто является единственным надежным способом добиться хорошего результата лечения.

Одним из ведущих факторов риска возникновения выше указанных осложнений является наличие массивного периульцерозного воспалительного инфильтрата, который затрудняет выполнение органосохраняющих операций, а при резекции усложняет мобилизацию желудка и двенадцатиперстной кишки, ушивание культи двенадцатиперстной кишки, наложение анастомоза [3].

С целью уменьшения инфильтрата в предоперационную подготовку включён внутритканевой электрофорез противоязвенных препаратов на протяжении 10 дней по методике кафедры [4].

Цель исследования. Изучить морфологические изменения в язвенном кратере и параязвенной зоне у больных, прошедших предоперационную подготовку с применением поля постоянного электрического тока.

Материал и методы. Было проведено патоморфологическое исследование резецированных частей желудка и ДПК с язвой и параязвенной зоной. Исследовано 6 макропрепаратов больных, прооперированных в плановом порядке после предоперационной подготовки, по предложенной методике и 6 макропрепаратов больных, предоперационная подготовка которых проходила по традиционной схеме.

В обеих группах характер язвенного поражения был сопоставим (длительный язвенный анамнез, хронические пенетрирующие язвы с частыми обострениями и выраженным болевым синдромом, неэффективность консервативного лечения). При гистологическом исследовании обращалось внимание на состояние микроциркуляторного русла в околоязвенной зоне, состояние элементов соединительной ткани, наличие признаков воспаления (скопления плазмочитов, гистиоцитов, лимфоидных инфильтратов и т.д.).

Результаты исследования и их обсуждение. В контрольной группе были выявлены следующие закономерности: в кратере всех язв присутствовал детрит, края кратера большей частью состояли из грубой волокнистой соединительной грануляционной ткани, в параязвенной зоне (до 4-5 см от края язвы), особенно в мышечной ткани. Межклеточные пространства между миоцитами расширены, наблюдались выраженные скопления плазмочитов, гистиоцитов, эозинофилов. Артериолы и прекапилляры резко сужены, в состоянии гипертонуса, посткапилляры и венулы резко расширены, паретичны, часто тромбированы, выраженный периваскулярный отек, диапедез эритроцитов в периваскулярной ткани. Увеличение сети артериоло-венулярных анастомозов.

При изучении макропрепаратов опытной группы были выявлены отличия: сохраняется наличие детрита в кратере язвы, однако слой его гораздо тоньше, чем в контрольных препаратах, а в одном случае он практически отсутствует. В крае язвы уменьшено содержание грубой волокнистой ткани и отдельные волокна рыхлой соединительной ткани. Сохраняются скопления клеточных воспалительных инфильтратов, образованных лимфоидными клетками. Плазмочиты и эозинофилы практически отсутствуют. В мышечном слое большое количество фибробластов, гранулоцитов с превалированием последних на расстоянии от 1 до 5 см от края язвы. Прекапилляры и артериолы проходимы, просвет их сужен в меньшей мере, чем на препаратах контрольной группы. Периваскулярные воспалительные инфильтраты не встречаются уже на расстоянии 2-3 см от края язвы, посткапилляры и венулы слабо дилатированы с единичными тромбами, деформация сосудов отсутствует. Отмечается запустевание артериоло-венулярных анастомозов, мелкие одиночные периваскулярные инфильтраты, диапедез эритроцитов отсутствует. В мышечной ткани параязвенной зоны много фибробластов, волокон рыхлой соединительной ткани, которые превалируют над грубыми соединительнотканными волокнами. Межклеточный отёк не выражен, с отдельными мелкими скоплениями лимфоидных клеток.

На основании приведенных данных следует, что при использовании гальванизации в предоперационной подготовке улучшается микроциркуляция в зоне периульцерозных тканей, что выражается уменьшением спазма артериол и прекапилляров, дилатацией венул и прекапилляров, снижением количества микротромбов, запустеванием артерио-венозных анастомозов. Значительно уменьшается отёк тканей периульцерозной зоны, идет регенерация отдельных тканевых элементов, что является признаками разрешения воспалительного инфильтрата.

Создаются условия для более качественного выполнения оперативного вмешательства, особенно при "низких" и "тяжелых" язвах, что позволяет выполнять органосохраняющие операции, а также увеличить количество резекций желудка по Б-I, как более благоприятных в функциональном отношении и избежать резекций по Б-II, в том числе резекций на "выключение".

Кроме того, уменьшение воспалительного инфильтрата упрощает техническое выполнение укрытия культи двенадцатиперстной кишки, а также наложения анастомозов, что снижает риск возникновения ранних послеоперационных осложнений: несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и гастроэнтероанастомоза, анастомозитов и атоний культи ДПК.

Вывод. Включение в комплекс предоперационной подготовки внутритканевого электрофореза позволяет улучшить результаты оперативного лечения и снизить количество послеоперационных осложнений у больных с "трудными" язвами желудка и ДПК.

Литература. 1. *Васаитов Б.А.* Ранние осложнения в желудочно-кишечной хирургии // Хирургия. -- 1986. -- №10. -- С.138-142. 2. *Горбашко А.И., Савич Л.В., Егоров Н.В., Мебведев Е.Д.* Профилактика и лечение ранних осложнений при операциях по поводу язвенной болезни // Вестн. хир. - 1989. -- №2. -- С.79-82. 3. *Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В.* Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. -- М.: Медицина, 1990. -- 560 с. 4. *Алексеенко О.О.* Оптимізація передопераційної підготовки хворих з пенетруючими виразками дванадцятипалої кишки // Актуальні питання медичної допомоги населенню. -- Чернівці. -- 2000. -- С.157-159.

PATHOMORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF PREOPERATIVE CARE OF PATIENTS WITH "DIFFICULT" ULCERS USING THE ELECTRICAL FIELD OF CONSTANT CURRENT

A.A.Alekseienko, A.O.Luste, V.Y.Sokolov

Abstract. The application of physiotherapy in preoperative care of the patients with ulcer disease allows achieving a regress of a paraulcer inflammatory infiltrate and improving the results of surgical treatment of the given group of patients.

Key words: ulcer disease, preoperative care, constant electric current.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)