

Ф.Г.Кулачек
М.М. Дарагмех
Р.И. Сидорчук

ПАТОМОРФОЛОГИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА

Буковинский государственный
медицинский университет, г.Черновцы

Ключевые слова: спаечная болезнь,
патоморфология.

Резюме. В статье изложены результаты изучения патоморфологической картины спаечной болезни (СБ). Делается вывод о ее полиморфизме и необходимости учитывания результатов данного исследования при разработке методов профилактики и лечения СБ.

Вступление

Спаечная болезнь (СБ) является одной из наиболее неизученных и тяжелых в клинике абдоминальной хирургии [1]. Несмотря на длительную историю изучения, многие вопросы формирования спаек в брюшной полости, выбора

методов профилактики и лечения СБ остаются загадкой для хирургов. Одним из наиболее важных аспектов исследования СБ справедливо считается изучение патологической морфологии спаечного процесса.

© Ф.Г.Кулачек, М.М. Дарагмех, Р.И. Сидорчук, 2006

Цель исследования

Систематизировать результаты изучения морфологической картины спаечной болезн.

Материал и методы

Обследовано 19 больных (4 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 17 до 29 лет (в среднем $21,39 \pm 2,47$ лет) госпитализированные в клинику общей хирургии Буковинского государственного медицинского университета. Наличие спаечного процесса определяли интраоперационно и клинически на основании анамнеза, физикального исследования и данных клинико-лабораторных показателей [2].

Исследование включало изучение макро- и микроскопической (гистологической) картины при спаечной болезни, которая проявлялась преимущественно симптомами острой или хронической кишечной непроходимости, а также случаи повторных оперативных вмешательств при различных воспалительных заболеваниях органов брюшной полости с вовлечением брюшины. Биоптаты включали участки измененной (резецируемой) кишки, удаляемый аппендикулярный отросток, участки сальника и брыжейки, а также собственно различные спайки. Забор и подготовка гистологических препаратов осуществлялась в соответствии с общепринятыми методами, применяли окрашивание микропрепаратов гематоксилин-эозином и по van Gieson.

Макрофотографии осуществлялись цифровым фотоаппаратом Mustek® DV 5500, фотографирование гистологическим микропрепаратов - также цифровой камерой через насадку на окуляре микроскопа Биолам (РФ).

Обсуждение результатов исследования

При визуальной интраоперационной оценке спаечного процесса обращали внимание на его

интенсивность, выраженность и распространенность, наличие осложнений. Считаем оправданным выделение двух основных типов спаек: - тяжистых, в виде плотных соединительно-тканых тяжей, фиброзного или фиброзно-гиалинозного характера, с обильным прорастанием сосудистых структур и нервов; - мембранозных (плоскостных), в виде плоскостных образований, мягких, легко разделяемых, практически не иннервированных и аваскулярных (рис. 1).

Масштабы спаечного процесса были разными: от тотального до образования отдельных тяжей, фиксированных в двух точках (рис. 2). Как правило, спаечный процесс был больше выражен в зоне операции. Часто петли кишок припаивались к послеоперационному рубцу, или фиксировались к стенкам послеоперационного грыжевого мешка. Поэтому при операции по поводу вентральной послеоперационной грыжи, особенно ущемленной, вынуждены были обращать особое внимание на опасность повреждения раздутых петель кишок при раскрытии грыжевого мешка. Нередко клиника спаечной болезни манифестировала острой кишечной непроходимостью и поражением кишечника (рис. 3).

При патогистологическом исследовании (рис. 4-11) установлено, что первично манифестировали проявления вазомоторных явлений - локальная гиперемия смешанного венозно-артериального характера, отек, диapedез клеток и их локальная мобилизация. Наблюдалась также тканевая модификация, активная пролиферация фибробластов (в случаях пролиферативного воспаления).

Патогистологическая картина варьировала от незрелой грануляционной ткани до признаков дегенеративных изменений в ткани сформированных спаек.



Рис. 1. Рассечение плоскостных спаек (б-ная Ф, 21 год)



Рис. 2. Висцеролиз сформированных спаек, туалет брюшинной полости, аспирация содержимого, адекватный дренаж (б-ной К, 39 лет)



Рис. 3. Острая спаечная кишечная непроходимость. Странгуляция, заворот и некроз кишки (б-ная Д, 27 лет)



Рис. 4. Спаечный процесс фиброзно-адипозного характера. Элементы гиперфиброза сочетаются с развитием адипозно-клеточного перерождения. Прорастание кровеносными сосудами. Окраска по van Gieson. Цифровая фотография. Окуляр x 15, объектив x 20

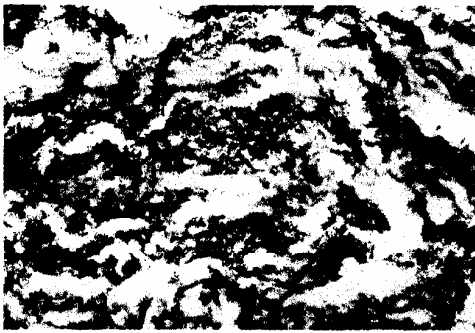


Рис. 5. Спаечный процесс фиброзно-гиалинозного характера, коллагеновые структуры. Окраска по van Gieson. Цифровая фотография. Окуляр x 15, объектив x 20

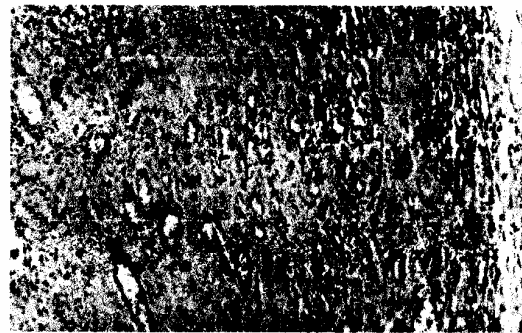


Рис. 6. Спаечный процесс фиброзно-клеточного характера. Грануляционная ткань в стадии созревания, множественные клеточные элементы и разнокалиберные кровеносные сосуды. Окраска гематоксилин-эозином. Цифровая фотография. Окуляр x 15, объектив x 20

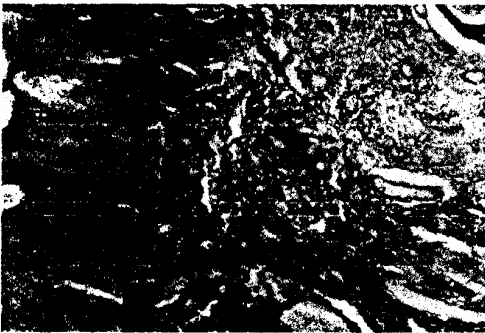


Рис. 7. Явления перивисцерита, созревающая грануляционная ткань, частичная гиалинизация. Кровеносные сосуды. Окраска по van Gieson. Цифровая фотография. Окуляр x 10, объектив x 10

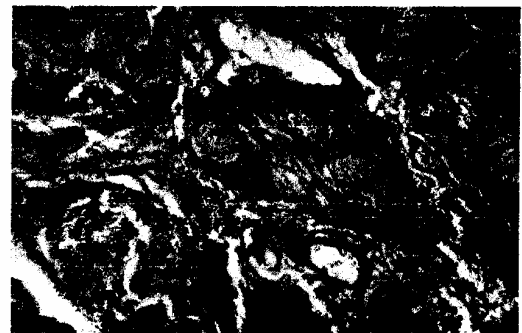


Рис. 8. Прорастание нервно-сосудистых пучков в спайке. Окраска гематоксилин-эозином. Цифровая фотография. Окуляр x 10, объектив x 40



Рис. 9. Фибрино-гиалинозное сращение с включением остатков шовного материала. Гнойное воспаление, организация, инкапсулирование. Окраска гематоксилин-эозином. Цифровая фотография. Окуляр x 10, объектив x 20



Рис. 10. Внутривнутрибрюшной соединительно-тканый тяж, инфильтративно-пролиферативное воспаление, преобладание фибрино-клеточных компонент, одиночные сгруппированные липоциты. Окраска гематоксилин-эозином. Цифровая фотография. Окуляр x 10, объектив x 20

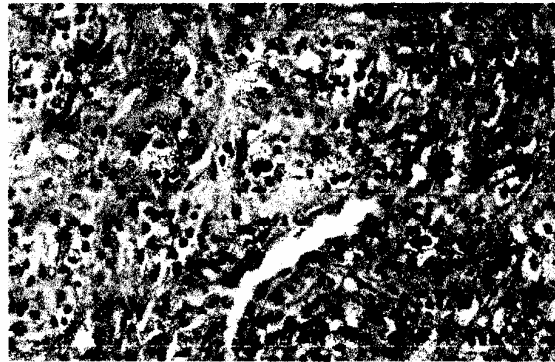


Рис. 11. Незрелая грануляционная ткань, множественные капилляры, разнообразны клеточные элементы: лейкоциты, фибробласты, гистиоциты, эритроциты и гигантские клетки. Окраска гематоксилин-эозином. Цифровая фотография. Окуляр x10, объектив x40

Выводы

1. Для спаечной болезни присуще большое разнообразие патоморфологической картины.
2. По нашему мнению, данное явление обусловлено фазностью развития воспалительного и гиперпролиферативного процессов, что является принципиальным в патогенезе СБ.
3. Ведущую роль в прогрессировании СБ играет неспецифическое хроническое воспаление гиперпролиферативного характера, которое, однако, в некоторых случаях, приобретает характер дегенеративного, атрофического.

Перспективы дальнейших исследований

Данное исследование открывает новые возможности в изучении механизмов образования спаечного процесса в брюшной полости, а также разработки методов профилактики и лечения.

Литература. 1. *Brokelman W.J., Holmdahl L., Bergstrom M., et al.* Peritoneal Fibrinolytic Response to Various Aspects of Laparoscopic Surgery: A Randomized Trial //J.

Surg. Res. - 2006. - Vol.18. - P.217-222. 2. *Senthilkumar M.P., Dreyer J.S.* Peritoneal adhesions: pathogenesis, assessment and effects // *Trop. Gastroenterol.* - 2006. - Vol.27(1). - P.11-18.

ПАТОМОРФОЛОГІЯ СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ

Ф.Г.Кулачек, М.М. Дарагмех, Р.И. Сидорчук

Резюме. У статті викладено результати вивчення патоморфологічної картини спайкової хвороби (СХ). Робиться висновок про її поліморфізм та необхідність врахування результатів даного дослідження при розробці методів профілактики і лікування СХ.

Ключеві слова: спайкова хвороба, патоморфологія.

PATHOMORPHOLOGY OF ADHERENT PROCESS

F.G. Kulachek, M.M. Daragmeh, R.I. Sydorчук

Abstract. The results of pathomorphological picture of the adherent disease (AD) are presented in the article. The conclusion has been drawn about its polymorphism and necessity of taking into account the results of this research while elaborating the modes of prevention and treatment of AD.

Key words: adherent disease, pathomorphology.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2006. - Vol.5, №4. - P.49-52.
Надійшла до редакції 10.11.2006