



(6)

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ПОСЛЕ УШИВАНИЯ МЕТОДОМ
"АУТОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ПЛОМБИРОВКИ" ПОВРЕЖДЕНИЙ ИХ
СЛИЗИСТОЙ И МЫШЕЧНОЙ ОБОЛОЧКИ.**

**ДОК. МЕД. НАУК Д. Х. АЛИЕВ,
ДОК. МЕД. НАУК Ф. Д. ДЖЕЙРАНЛЫ,
ДОК. МЕД. НАУК Н. М. МАМПОРИЯ,
ДОК. МЕД. НАУК АКАДЕМИК О.С. ЧАХУНАШВИЛИ.**

Кафедра №1 Тбилисский медицинский университет, зав. кафедры док. мед. наук академик О.С. Чахунашвили. Институт экспериментальной морфологии им. Натишвили АН Грузии, Тбилиси.

Лечение острых язвенных гастродуоденальных кровотечений остаются очень сложной, нерешённой и актуальной проблемой неотложной хирургии [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12]. Ими страдает 13-15% больных, госпитализированных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Несмотря на применение многочисленных методов, как оперативного так и консервативного лечения, летальность при профузном гастродуоденальном кровотечении, по данным разных авторов, составляет от 7 до 15% и может достичь даже 27% /9,10,11,12,13,14/. У больных пожилого и старческого возраста достигает 50% /1,2,3,4,9,10,15,16/.

По данным В.Д. Братуса (1991), после операций выполненных по поводу острой кровоточащей гастродуоденальной язвы, если было предпринято органосохраняющее вмешательство, летальность оказалась в 2- раза ниже, чем после резекции желудка.

Нами проведено экспериментальное исследование с целью выявления эффективности предложенного нами метода "аутопластической пломбировки" при профузных гастродуоденальных геморрагиях.

Под эфирным наркозом, на 30 беспородных собаках, производили лапаротомию, гастротомию или дуоденотомию или пилоро-дуоденотомию, передней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. На задней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки наносили скальпелем рану длиной 1-2см. На таблице изображена локализация ран (табл.1). Накладывали узловы швы (шелк) на кровоточащую рану. Затем производили ослоение слизистой оболочки вокруг раны. Слизистая оболочка желудка и двенадцатиперстной кишки довольно податлива, поэтому прошивая края отслоенной части и стягивая их легко накладывали первый ряд швов. Затем накладывали второй ряд швов, инвагинируя поражённый участок, захватывая более обширную зону слизистой оболочки, как бы тампанируя дно раны. Таким образом, рана оказывается изолированной от воздействия активного химуса. Затем выполняем третий этаж швов с захватом и мышечной оболочки. Таким образом осуществляется инвагинация раны, надёжная её изоляция, что в последующем исключает возможность рецидива кровотечения. На чертеже изображена техника ушивания (рис.1).



После оканчания ушивания – "аутобиологической пломбировкой", наблюдали в течении 20 минут, и убедившись в наличии полного гемостаза гастротомическую (или дуоденотомическую) рану зашивали двухрядным швом, в поперечном направлении к оси желудка или двенадцатиперстной кишки. Послойно ушивали брюшную полость. В послеоперационном периоде состояние животных было удовлетворительное и находились под нашим наблюдением от одного до 10 дней. Послоперационный период во всех наблюдениях прошёл без осложнений. На таблице изображены сроки наблюдения (табл.1).

Животных забивали электротоком через 3-6-10 суток после операции.

После макроскопического осмотра области операции брали кусочки на области раны и также из различных участков стенки желудка и двенадцатиперстной кишки, погружали в нейтральную фиксирующую смесь А. Шабадаша. После соответствующей обработки срезы окрашивали гемотоксилинозином и пикрофуксином по методу Ван Гизона.

При макроскопическом осмотре через 3 дня после операции отмечены следующие незначительные следы в области нанесённой нами раны: незначительная гиперемия, набухание и утолщение слизистой оболочки в желудке или двенадцатиперстной кишке. Области лимфоидных фолликулов слегка набухшие. Складки слизистой оболочки неравномерно утолщены, а местами слегка сглажены.

В отдалённых от раны местах нормальная макроскопическая структура слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки сохраняется.

Эти обнаруженные нами изменения не носят прогрессирующего характера и спустя 6 дней после операции наблюдается тенденция к нормализации структуры слизистой оболочки: гиперемия сохраняется лишь местами, утолщение складок идёт на спад, складчатость слизистой оболочки принимает характерную для слизистой оболочки картину. При этом не наблюдается органический стеноз просвета двенадцатиперстной кишки, что указывает на сохранение эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, так как размер желудка не отклоняется от нормы. Лимфоидно-фолликулярным аппаратом не обнаруживается реакция.

Через 10 дней после операции обнаруживаются лишь следы нанесённой нами раны. Отмечается полное восстановление рельефа слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки. Изменения воспалительного характера слизистой оболочки, вызванные нанесением раны, можно сказать исчезают полностью.

Микроскопическим исследованием стенки желудка и двенадцатиперстной кишки через трое суток после операции в области раны наблюдается пестрота морфологических изменений. В стенке двенадцатиперстной кишки кровеносные сосуды как артериальные, так и венозные резко расширены, гиперемированы, находятся в состоянии стаза. Между мышечными волокнами и под слизистой оболочкой имеется распространённое кровоизлияние. Мышечные волокна в состоянии паренхиматозной дистрофии и некробиоза, хорошо выражена фуксинофильная дистрофия группы мышечных волокон. Пейеровы бляшки резко набухшие.



Эпителиальные клетки слизистой оболочки местами десквамированы. Отёк, воспалительная инфильтрация подслизистого отдела.

В области нанесённой нами раны в стенке желудка кровеносные сосуды расширены с явлениями гиперемии и стаза, переполнены кровью, отмечается стаз эритроцитов в капиллярах. Между мышечными волокнами, так и под слизистой оболочкой отмечаются отдельные эритроциты и мелкоочаговые кровоизлияния.

Через 6 суток в стенке двенадцатиперстной кишки в области раны имеется умеренное расширение кровеносных сосудов с явлением гиперемии и стаза, т.е. в них застойные явления сохраняются, а также местами отмечается диapedез эритроцитов. В мышечных волокнах кишечника визуально наблюдается распространённая паренхиматозная дистрофия и их фрагментация (гомогенизация мышечной оболочки, с визуализацией ядер и цитоплазмы миоцитов). Визуально выстилающих обнаруживается дистрофия эпителиальных клеток, ворсинку, а местами клетки десквамированы, пейеровы бляшки слегка набухшие.

В стенке желудка кровеносные сосуды умеренно гиперемированы и утолщены. Местами имеются слабо выраженные дистрофические изменения мышечных волокон. Между мышечными волокнами и под слизистой оболочкой отдельные эритроциты местами сохраняются и мелкоочаговые кровоизлияния уменьшаются.

В III серии опытов изучены восстановительные процессы в стенках двенадцатиперстной кишки и желудка через 10 суток после операции. Явления гемодисциркуляции в стенках двенадцатиперстной кишки и желудка не наблюдаются. Почти не встречаются кровоизлияния в подслизистом и субсерозных отделах двенадцатиперстной кишки и желудка, не вырисовывается паренхиматозная и фуксинофильная дистрофия и некробиоз гладкой мускулатуры. Слизистая оболочка и эпителиальные клетки ворсинок находятся без каких-либо патологических изменений, пейеровы бляшки хорошо очерчены.

Спустя 6 суток после операции обратимость вышеуказанных (особенно через 3 суток) структурных изменений становится более отчётливой и отмечается тенденция к восстановлению нормальной картины двенадцатиперстной кишки и желудка.

Обратное развитие и полное восстановление изменённой структуры стенки двенадцатиперстной кишки и желудка в области раны наблюдается на 10-й день.

В близлежащих и отдалённых от ран участках желудка и двенадцатиперстной кишки через 3-6-10 суток макро и микроскопически существенных изменений не наблюдается.

Таким образом, структурные изменения кишечника восстанавливаются постепенно и на 10-й день эксперимента наблюдается полное восстановление, нормализация структур.

Таким образом результаты наших исследований говорят о пригодности ушивания "аутобиологической пломбировкой" для применения с целью гемостаза при острых язвенных гастро-дуоденальных кровотечениях.



Данные эксперимента позволили нам применить метод успешно в клинике у 82 больных.

Выводы.

1. Применение ушивания "аутобиологической плобировкой" для раны желудка и двенадцатиперстной кишки обеспечивает получение надёжного гемостаза. Проведенные эксперименты показали отсутствие развития некроза в области раны кишечника и отсроченного или позднего кровотечения. При этом каких-либо выраженных сопутствующих изменений со стороны кишечника не отмечается. Обратное развитие и полное восстановление изменений структуры кишечника восстанавливается на 10-й день.

2. Показанием для применения предложенных органосохраняющих операций является повреждение (рана) на задней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, с целью гемостаза при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Предлагаемый способ является технически доступным, легко выполнимым.

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК Д.Х. АЛИЕВ.

Морфологические исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, после ушивания методом "аутобиологической пломбировки" повреждений их слизистой и мышечной оболочки.

Кафедра №1 Тбилисский медицинский университет, институт экспериментальной морфологии им. Н. Натишвили АН Грузии, Тбилиси, Грузия.

Проведено экспериментальное исследование на 30 беспородных собаках с целью выявления эффективности метода "аутопластической пломбировки" при профузных гастродуоденальных геморрагиях.

На собаках производили лапаротомию, гастротомию, или дуоденотомию или пилоро-дуоденотомию, их передней стенки. На задней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки наносили скальпелем рану длиной 1-2см. Накладывали узловые швы на кровоточащую рану. Затем производили отслоение слизистой оболочки вокруг раны. Стягивая их накладывали первый ряд швов, затем накладывали второй ряд швов, захватывая более обширную зону слизистой оболочки, тампанируя дно раны. Затем выполняем третий этап швов с захватом и мышечной оболочки.

В близлежащих и отдалённых от ран участках желудка и двенадцатиперстной кишки через 3-6-10 суток макро и микроскопически существенных изменений не наблюдается.

Обратное развитие и полное восстановление изменённой структуры стенки двенадцатиперстной кишки и желудка в области раны наблюдается на 10-й день.

Данные эксперимента позволили нам применить метод успешно в клинике у 82 больных.



Результаты наших исследований говорят о пригодности ушивания "аутобиологической пломбиривкой" для применения с целью гемостаза при острых язвенных гастро-дуоденальных кровотечениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородин И.Ф., Короткая Г.И. Диагностическая и лечебная эндоскопия – М., 1983, 18-19.
2. Братус В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. К., 1991.
3. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л. 1974.
4. Григорьев С.Г., Кoryгцев В.К. – Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях, Хирургия, 1999г., 6,с.10-14.
5. Эфендиев В.М., Касумов Н.А., Кязимов А.К., Алиев Т.М., Валиев М.А., Алиев Ф.Г. Ваготомия в лечении кровоточащего рефлюкс-эзофагита и гастродуоденальных кровотечений, хирургия, 2004; 6; 24-26
6. Комахидзе М.Э. Ахметели Т.И. Профузные гастродуоденальные кровотечения, Тбилиси, 1961.
7. Мидленко В.И., Белоногов Н.И., Смолькина А.В. Лечебно-диагностическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Хирургия., 2005; 10; 64-67.
8. Оноприев В.И., Дурлештер В.М., Усова О.А., Ключников О.Ю. Хирургическое лечение кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Хирургия., 2005; 1; 38-42.
9. Розанов Б.С. Желудочные кровотечения и их хирургическое лечение. М. 1960.
10. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В. Желудочные кровотечения и фиброэндоскопия. М., 1977.
11. Ходжибаев А.М., Маликов Ю.Р., Холматов Р.М., Мельник И.В., Алляров У.Ф. Роль эндоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений. Хирургия., 2005; 4; 24-27.
12. Шапкин Ю.Г., Капралов С.В., Матвеева Е.Н., Урядов С.Е., Хрустовская Л.А. Активная тактика в лечении кровоточащей язвы. Хирургия., 2004; 9; 29-31.
13. Aliev D.Kh., Chakhunashvili O.S. – Changes hemostasis values in patients with gastrointestinal hemorrhage depending on the method of treatment. The collection of scientific vorks. Tbilisi, 1997, p.1-6.
14. Barbano P.R. Hemorrhages of the upper gastrointestinal tract. A comparison of the diagnostic accuracy between endoscopic and radiological examinations Minerva chir. – 1990, 45 №15-16, p. 1003-1008.
15. Nousbaum J.B., Hochain P., Rudelli A. – Hemorrhaging esogastro – duodenal ulcers: epidemiology and management. Amulticenter prospective study. – Ann.chir 1999 #10, p.942-948.

Doctor of Medicine Aliev D.Kh.



Morphological investigations of stomach and duodenum after closure of damages of their mucous membrane and muscular tunic by means of “autobiological filling” method.

Chair №1 of Tbilisi Medical University, N.Natishvili Institute of Experimental Morphology of the Academy of Sciences of Georgia, Tbilisi, Georgia.

An experimental investigation with the purpose of ascertaining the efficiency of “autobiological filling” method in case of profuse gastroduodenal hemorrhage was carried out on 30 underbred dogs.

Laparotomy, gastrotomy, or duodenotomy or pyloro-duodenotomy of the anterior wall of the dogs’ stomach was carried out. A wound having the diameter of 1-2 cm was made on the posterior wall of the stomach or the duodenum by means of a scalpel. Interrupted stitches were put in the bleeding wound. Then exfoliation of the mucous membrane around the wound was performed. The first row of stitches was put in by drawing them together. Then the second row of stitches was put in drawing a more spacious zone of the mucous membrane with tamponing the bottom of the wound. Thereupon the third row of stitches was made with drawing the muscular tunic as well.

No macro or microscopically essential changes are observed in the adjacent and remote areas of the stomach and the duodenum in 3-6-10 days.

Involution and complete restoration of the altered structure of the wall of the duodenum and the stomach is observed on the 10th day.

The experiment’s data allowed us to successfully apply the method in the clinic on 82 patients.

The results of our research testify the appropriateness of closure by means of “autobiological filling” for application with the purpose of hemostasis in case of profuse gastroduodenal hemorrhage.