

Хаджибаев А.М.,
Пулатов Д. Т.,
Байбеков И.М.,
Бутаев А.Х.

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ
ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЁННЫХ ПЕРФОРАЦИЕЙ**
РНЦЭМП (директор - проф. Хаджибаев А.М.)

Несмотря на успехи в профилактике и лечении язвенной болезни, связанные с открытием в её этиологии и патогенезе роли Хелико- бактерий. расширением возможностей медикаментозного воздействия на секреторную функцию желудка, разработкой «золотых стандартов» терапии этой патологии, язвенная болезнь остаётся одной из наиболее часто встречаемых патологий, нередко требующей хирургического лечения [2 - 4, 7 - 11]. В Республике Узбекистан частота ЯБ составляет 2,55 - 3,0 на 1000 населения, ежегодно на диспансерном наблюдении находится свыше 200000 больных, а частота ежегодных рецидивов заболевания составляет 60 - 85% [7]

Не снижается и число больных с осложненными формами язвенной болезни. Удельный вес осложнений язвенной болезни, требующих экстренных хирургических вмешательств. К ним относится такое осложнение, как перфорации язв, которые встречаются в 9,7 % всех осложнений длительно персистирующих язв [2, 4, 7 - 9].

Значительный вклад в понимание патогенеза персистирования язв внесли исследования Хаджибаева А.М. и соавт [5, 6]. Результаты этих исследований зарегистрированы как открытие- «Явление инфильтрации желудочного сока через язвенный дефект в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки у больных язвенной болезнью». Приоритет открытия от 6 февраля 1991 №ОТ- 12119.

В этом открытии доказывается наличие в стенке язв микроколлекторов, являющихся путями проникновения факторов агрессии в толщу язв, что определяет их персистирование.

Однако развитие того или иного осложнения персистирующих язв, в аспекте существования указанных коллекторов, а также возможное значение этих образований в формировании осложнений язвенной болезни, в частности, их перфораций не изучалось.

Указанное определило цель данного исследования: Выявить, с помощью морфометрии, долю структурных образований, включая микроколлекторы, в стенке дуоденальных язв при их перфорациях.

Материал и методики исследования. Биоптаты из иссечённых во время операции язв (всего 18) фиксировали в 10-12% растворе нейтрального формалина. После соответствующей обработки кусочки заливали в парафин и готовили срезы толщиной 5-7 мкм. Общую морфологическую

картину изучали на срезах, окрашенных гематоксилином и эозином.

Стереоморфометрические исследования осуществляли по Г. Г'. Автандилову [1]. Статистическую обработку данных проводили на компьютере Pentium - IV) с помощью программы BS - Statistica, а также прикладных программ «Exel -Office » Microsoft- «Windows- 98».

Все полученные результаты исследования обрабатывались методом вариационной статистики Стюдента, с вычислением средней арифметической стандартной ошибки ($M \pm m$) и показатели достоверности средних величин (P) (компьютерная программа «STADIA», «Exe!»). Достоверным считались данные, чей уровень значимости находился в пределах $P < 0,05$. Расчеты проводились на персональном компьютере «Pentium- IV».

Изучение и фотографирование препаратов проводили с помощью микроскопа Axioscope (Carl Zeiss) с цифровой камерой ProgRes, CapturePro 2.6, сопряжённой с компьютером Pentium IV.

Проведено светооптическое и стереоморфометрическое исследование хронических дуоденальных язв, осложнённых перфорацией. Выявлено наличие в стенках язв микроколлекторов. Выявлена связь микроколлекторов с просветом желудка (рис. 1)

Поведенные стереоморфометрические исследования показывают, что по клеточному составу нет существенных различий в соответствующих зонах между и язвами, осложнёнными перфорацией и неосложнёнными язвами (таб.)

Существенные различия выявлены в относительной доле нейтрофильных лейкоцитов. Доля нейтрофилов при перфорирующих язвах более чем в два раза превышает соответствующие показатели при неосложнённых язвах.

Наиболее существенные отличия выявлены в содержании относительной объёмной доле кровеносных и, особенно лимфатических сосудов. микроколлекторов и «бесструктурных» зон (см. таб. рис.2 - 4).

Рис.1. Межтканевые щели, лимфатические и кровеносные капилляры. Край перфорировавшей язвы Г-Э 1-х40

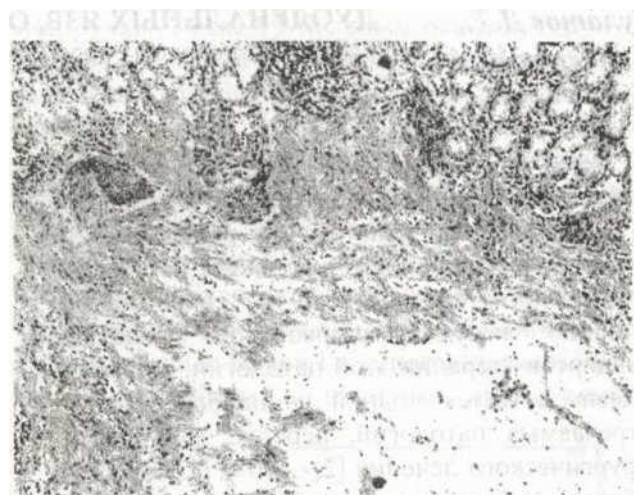


Рис.2. «Бесструктурные» зоны и расширенные лимфатические капилляры. Край перфорировавшей язвы Г-Э 10-х10

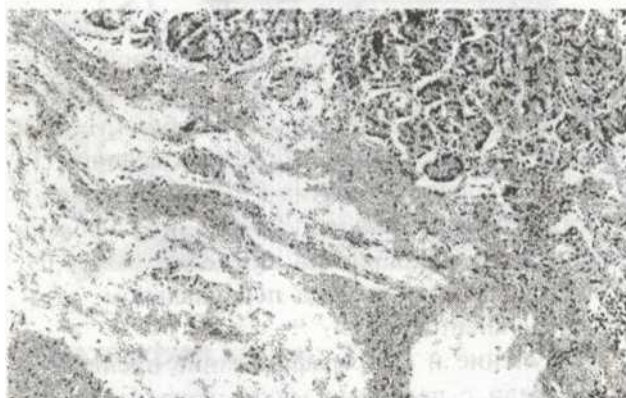


Таблица 1 Клеточный состав зон фибриноидного некроза и грануляционной ткани краёв дуоденальных перфорирующих язв и периульцерозных зон (в относительных объёмных долях - %)

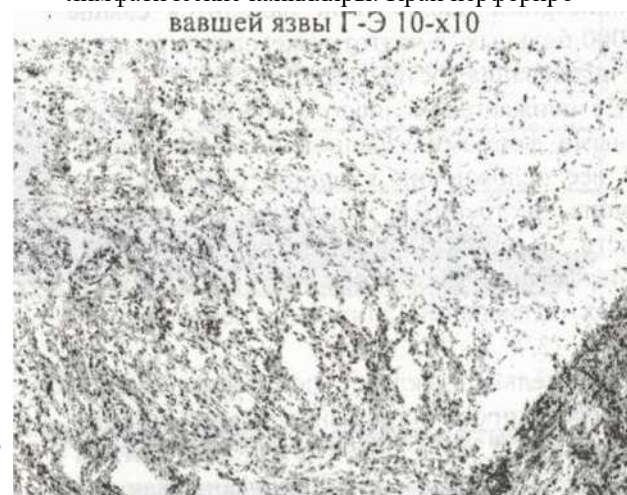


Рис.4 Расширенные кровеносные и лимфатические капилляры молодой грануляционной ткани края перфорировавшей язвы Г-Э 10х10.

Клеточный состав стромы	Неосложнённые язвы (n=9)	перфорирующие язвы (n=10)
Плазмоциты	8,1 ±0,2	6,4±0,3
Лимфоциты	8,9±0,3	7,6±0,2
Тучные клетки	2,4±0,1	1,3±0,1*
Эозинофилы	5,1±0,2	4,6±0,2
Сегментоядерные нейтрофилы	1,8±0,1	3,8±0,2*
Макрофаги	0,8±0,1	1,0±0,1
Фибробласты	6,4±0,2	7,0±0,2
Сосуды кровеносные	0,9±0,02	4,8±0,3*
Лимфатические	0,4±0,03	6,4 ±0,4*
Микроколлекторы	8,4±0,4	11,9±0,8*
Межклеточное вещество	55,4	63,7 ±1,0*
Прочие	1,8±0,1	0,9±0,2

*-достоверно по отношению к неосложнённым язвам

Рис. 3. Расширенный лимфатический капилляр, кровеносный капилляр с гиалинозом стенки. Край перфорировавшей язвы Г-Э 1-хЮ.

Относительная объёмная доля лимфатических сосудов в перфорирующих язвах более чем в 15 раз превышает аналогичные показатели в неосложнённых язвах (см. таб.). Это обусловлено, главным образом, существенным расширением просветов лимфатических капилляров (рис. 2-7). Структура стенок микрососудов также и при язвах осложнённых перфорацией довольно полиморфна, наряду с тонкостенными микрососудами немало микрососудов с гиалинизированными стенками (рис. 3).

Относительная же объёмная доля микроколлекторов в перфорирующих язвах почти 1,4 раз превышает соответствующие данные при неосложнённых язвах (см. таб.).

Существенные различия отмечаются и в относительной объёмной доле межклеточного вещества, которого при перфорирующих существенно больше (почти в два раза), чем при неосложнённых язвах.

Значительное возрастание при перфорирующих язвах относительной объёмной доли лимфатических сосудов является их главным отличием от неосложнённых язв.

Изменениям сосудов в язвенных дефектах

предавалось большое значение в классических работах таких авторов, как упомянутый выше Askanazy (1921, 1926); Герценберг Е.Я., (1937); Лазовский Ю.М. (1957) все цит. по [3].

Наши исследования показали, что микроколлекторы непосредственно связаны с просветом органа, а стало быть, в их просвете имеются компоненты содержимого желудка, в том числе и обуславливающие так называемые факторы агрессии, что способствует персистированию язв. Контакт микроколлекторов со стенками сосудов приводит к непосредственному воздействию на них факторов агрессии содержимого просвета, что приводит к аррозии стенки и возникновению перфорации.

Выводы

Наличие микроколлекторов в толще хронических язв, имеющих непосредственную связь с просветом органа, является фактором, обуславливающим их персистирование.

Наибольшая доля микроколлекторов располагается в грануляционном слое язвы.

При перфорирующих дуоденальных язвах увеличена объёмная доля лимфатических сосудов и межклеточного вещества

Литература

1. Автандилов Г.Г. Проблемы патогенеза и патологоанатомической диагностики в аспектах морфометрии. - VI.: Медицина, 1984. 436 с.
2. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Стратегия хирургического лечения язвенной болезни // Хирургия, - 2006, - №5. - С. 26-30.
3. Байбеков И.М., Назыров Ф.Г. (Ред.-ы.). Морфологические аспекты лазерных воздействий (на хронические язвы и печень). /7 - Ташкент: Изд-во им. Ибн Сино. 1996, с.207.
4. Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Багненко С.Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология. Санкт-Петербург. Питер. 2001. 469 с.
5. Хаджибаев А.М., Эшбеков М., Байбеков И.М., Мирзахмедов Б. М Морфологические основы развития хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. //Узбекский биологический журнал. - 1992, №3-4 с.64 -66.
6. Хаджибаев А.М. Эшбеков М., Байбеков И.М., Мирзахмедов Б. М // Возможные механизмы морфогенеза хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, - Мед. ж. Узбекистана. 1992. № 9-10 с.15-18.
7. Харатьян Н.А. Язвенная болезнь: общие представления, этиология, современная стратегия и тактика лечения // Вопросы совершенствования диагностики, лечения и реабилитации на этапах длительного наблюдения. - Ташкент, - 1999. - С.4-5.
8. Hillakivi T., Lang A., Tein A. Evaluation of risk factors for mortality in surgically treated perforated duodenal ulcer // Hepatogastroenterology. - 2000, - Vol.47. - № 36. - P. 1765-1768.
9. Noguiera C., Silva A.S., Santos J.N. et al. Perforated peptic ulcer: main factors of morbidity and mortality // World J. Surg. - 2003, - Vol.27. - № 7. - P.782-787
10. Svanes C. Trend in perforated ulcer: incidence, etiology, treatment and prognosis | World J. Surg. - 2000. - V. 24. - P. 277-283.
11. Zuo Jian-sheng, Xu Ke-cheng. The treatment and follow-up of the peptic ulcer associated with Helicobacter pylori. // Ital. J. Gastroenterol 1991. - V. 23. - № 9. - P 296.