

ГИСТОСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛИМФОРУСЛО СТЕНКИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

К.Ч.Чартаков
Ш.Х.Хамрокулов
Х.Х.Чартакова

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан. Республика Узбекистан Введение. В обширной литературе, посвященной оценке эффективности оперативных вмешательств (1,3,4,6), сведения о функциональном состоянии резецированного желудка (2,5,6) приводятся недостаточно по сравнению с другими органами брюшной полости после различных вмешательств требуется изучение не только функциональных, но и морфологических перестроек, в частности лимфатической системы желудочно-кишечного тракта. Материал и методы исследования: С этой целью изучены влияния различных способов резекции желудка на морфологию лимфорула желудка по Бильрот – 1, Куприянову – Захарову, Бильрот – 2, в модификации Гомфейстера - Финстерера и Поля – Райха. В контрольную группу включены 10 собак. Внутриорганные лимфатические сосуды кишки выявили после операции методом инъекции массы Герота с последующим приготовлением просветленных препаратов из разных слоев участка кишки. Эти исследования проводили до и в разные сроки после резекции желудка. Результаты и их обсуждение. Изучение препаратов показало, что после резекции имеет место дальнейшее развитие процесса перестройки всех звеньев лимфатического русла. Это характеризуется увеличением диаметра капилляров сосудов, а также их анастомозов. Наличие боковых выростов и расширений на капиллярах, а также и на анастомозирующих между собой сосудах свидетельствует не только о сохранении функции лимфатической в более сроки при всех видах резекции желудка лимфатическая система тонкой кишки по характеру строения и морфометрическим данным соответствует таковым контрольной группы. Лимфатические капилляры и сосуды менее расширены, чем в более ранние сроки оперативного вмешательства. Одновременно с сужением сосудов имеет место уменьшение размеров капиллярных лакун, снижение как количества, так и величины боковых выростов, межсосудистых анастомозов. Все это приводит к уменьшению сосудистого рисунка. С морфологических позиций оценка такого лимфообращения может осуществляться выявлением сроков и степени

восстановления внутриорганной лимфоархитектоники и калибра лимфоруло отдельных оболочек тонкого кишечника. В этом плане нами получены конкретные данные о перестройке капилляров и сосудов и изменении их калибра по оболочкам. При всех видах оперативного вмешательства на желудке по поводу его резекций реакция лимфатических капилляров и сосудов тонкой кишки практически однотипична. Динамика изменений просвета сосудов имеет одинаковую направленность и заключается в нарастании показателей в течение 1 месяца послеоперационного наблюдения. В дальнейшем просвет лимфатических сосудов кишки уменьшается, но как правило, не достигает исходных величин. При операциях (резекция желудка) включения 12-перстной кишки (по Бильрот – 1 и Куприянову – Захарову) наиболее отчетливо наблюдалось увеличение просвета лимфатических сосудов особенно капилляров слизистого и подслизистого слоя, что можно рассматривать как резекцию компенсаторного типа. Она направлена на интенсификацию процессов всасывания (И.Русняк с соавт., 1957) на фоне малоизмененного в этих условиях уровня интестинальных гормонов по сравнению с опытами выключения 12 – перстной кишки (Гомфейстера – Финстерера и Полиа – Райха) Изменения просвета лимфатических капилляров мышечного и серозного слоев не так выражены и эти изменения происходят почти параллельно. Следует отметить, что к концу наблюдения (90 – 36 суток) при операции по Бильрот – 1 величина лимфатических капилляров слизистого и подслизистого слоев стала равной исходной. Это указывает на хорошие адаптивные реакции сосудов в условиях измененного пищеварительного статуса, что не отмечается при резекциях желудка по Куприянову – Захарову, (капилляры во всех слоях остаются в 2-3 раза шире, чем в контрольных экспериментах). Если при операциях с включением 12 – перстной кишки наблюдается разная выраженность изменений просвета капилляров разных слоев, то при резекциях с выключением 12 – перстной кишки расширения капилляров в стенке кишки одинаковая, а обратное развитие процесса запаздывает по сравнению с первым видом операции. Такое обстоятельство, по видимому, связано с большим нарушением гормонопродуцирующей функции 12 – перстной кишки. Возможна, что при

выключении из пищеварения 12 – перстной кишки хилус из желудка быстрее достигает участка исследования в тонкой кишки и вызывает большее раздражающее действие. В связи с этим и наблюдается эта выраженная. Общая для всех лимфососудов реакция расширения просвета которая на целый порядок меньше в лимфатических сосудах

при операциях Бильрот – 1 и Куприянову – Захарову. Если величина просвета крупных лимфососудов при операциях с включением 12 – перстной кишки к концу наблюдения достигает исходных величин, то при выключении дуоденум из пищеварения этот просвет, несмотря на тенденцию к сужению, остается еще немного широким. Сопротивление соответствующих графиков позволяет обнаружить в значительной мере повторение кривых, отражающих диаметр лимфатических капилляров и сосудов тонкой кишки. Однако на всех графиках видны меньшие показатели для капилляров и сосудов мышечной и серозной оболочек по сравнению с капиллярами и сосудами слизистой оболочки и подслизистой основы. Эти сведения еще раз позволяют подчеркнуть тот известный факт, что слизистая оболочка и подслизистая основа тонкой кишки обладают весьма выраженным обильным лимфоруслом, обеспечивающим сложную функцию тонкой кишки. Эти данные позволяют считать, что указанные капилляры и сосуды оболочки тонкой кишки в равной мере обеспечивают как лимфообращающую, так и дренирующую функции. Обобщая результаты экспериментов, мы можем отметить что после резекции желудка компенсаторная роль лимфатической системы обнаруживается с нескольких позиций. В первые дни после резекции имеет место парез культи желудка и всего пищеварительного тракта вследствие операционной травмы и перерезки желудочных нервов (вагуса) при выполнении резекции. Возникает нарушение кровообращения в кишечнике с венозным стазом и расстройством микроциркуляции, что влечет за собой отек стенки кишечника, увеличение интенсивности лимфообразования, а лимфатические сосуды кишечника компенсаторно расширяются и развиваются, обеспечивая дренирование межтканевой жидкости и усиленно образующейся лимфы. В более поздние сроки после резекции желудка часть морфологических преобразований, сохраняются что свидетельствует о компенсаторно – приспособительных механизмах лимфатической системы.

ВЫВОДЫ

Резекция 2/3 желудка в ранние сроки независимо от способа ее применения приводит к перестройке пищеварительного аппарата, патологическим сдвигом в морфологическом состоянии кишечника. Наиболее выраженные морфологические изменения наблюдались нами экспериментах с резекцией по Бильрот – 2 в его модификациях. Последнее свидетельствует о более благоприятном течении процесса компенсации при резекции желудка по Бильрот – 1 и ее модификациях.

Литератур:

1. В.Г.Волков и др. Болезни оперированного желудка. Чебоксары. 2001,1,2,38
2. Н.Н.Крылов. Качество жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после хирургического лечения. Авторефер. дис...дра мед.наук,М,2001.
3. З.Г.Ширинов и др. Хирургическое лечение заболеваний оперированного желудка. Хирургия, 2005, 6, 37.
4. К.Ч.Чартаков Влияние резекции желудка на лимфатическую систему кишечника Журнал. Теоритической и клинической медицины 2006.