

ИЗМЕНЕНИЯ МОРФОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

М.Д. Кашаева

**Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого
кафедра госпитальной хирургии, Великий Новгород**

Проведен анализ лечения 200 больных желчнокаменной болезни с различными сроками заболевания с целью выявления влияния ее длительности на морфоструктурные изменения в печени. При длительности заболевания менее года морфоструктурные изменения не выявляются, этим больным показана только лапароскопическая холецистэктомия. При длительности анамнеза от 3 до 5 лет отмечаются различной тяжести морфоструктурные изменения в печени. У этих больных при электрокоагуляции печени отмечается улучшение с регрессом разившихся морфоструктурных расстройств. Наилучшие результаты получены при электрокоагуляции печени сочетанной с гепатофренопексией, такие гепаторегенераторные вмешательства показаны и эффективны при лечении гепатобилиарных поражений при желчнокаменной болезни у лиц с анамнезом заболевания 5 лет и более.

Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью сопровождается ростом обусловленных ею осложнений, таких как острый холецистит, механическая желтуха, гнойный холангит [1–5], что не может не сказаться на поражении печени. Существуют разноречивые мнения о влиянии неосложненной желчнокаменной болезни на развитие гепатобилиарных морфоструктурных нарушений. Одни авторы находят морфологические изменения в органе у всех больных, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [4–8], другие обнаруживают их при холестазах, осложненном холангитом [9]. Л.П. Воробьев [3] отмечает, что хронический гепатит имеется у всех больных с ЖКБ. Однако, как ведущий диагноз он выставляется лишь 3,9% больных, общее же число хронических гепатитов составляет 50%. Большинство авторов [5–7] отмечают что, после холецистэктомии развившийся патологический процесс в печени нередко прогрессирует.

Для выявления влияния длительности желчнокаменной болезни на морфоструктурные изменения в печени проведен анализ лечения 200 больных с различными сроками заболевания. Больных с длительностью заболевания менее года было 20 (10,0%), до 3 лет – 38 (19,0%), до 5 лет – 77 (38,5%), до 10 и более лет – 65 (32,5%). В зависимости от объема операции, больные были распределены на 5 групп: 2 контрольные и 3 основные. В первую контрольную группу вошли 20 больных с длительностью заболевания менее года, всем им выполнена лапароскопическая холецистэктомия, во вторую – 58 больных с длительностью заболевания от 3 до 10 и более лет, которым также выполнена только лапароскопическая холецистэктомия. В основной группе больных (122 пациента) ЛХЭ дополнялась гепаторегенераторными вмешательствами. В первую основную группу вошли 60 больных, которым помимо лапароскопической холецистэктомии произведена электрокоагуляция печени по Д.В. Усову. Вторую основную составили 40 больных, которым одновременно с лапароскопической холецистэктомией выполнена электрокоагуляция печени и гепатофренопексия по Г.Н. Андрееву. Лапароскопическая гепатофренопексия основана на устранении портолимфатической гипертензии и усилении чреспеченочного кровотока, операция заключается в коагуляционной декапсуляции дорсальной поверхности правой доли печени. Париетальная брюшина в области купола диафрагмы П-образным разрезом отслаивается на протяжении 10–12 см x 6–8 см с обнажением мышечной части диафрагмы, частичного удаления CO₂ из брюшной полости, лоскут диафрагмы с помощью эндоклипс или подшиванием фиксируется к ложу желчного пузыря. Печень перемещается забрюшинно для соприкосновения ее диафрагмальной поверхности с обнаженной диафрагмой и подшивается через листок брюшины у края реберной дуги и передней брюшной стенки по Клермону с захватом элементов круглой связки печени [1]. 22 больным третьей основной группы помимо лапароскопической холецистэктомии производилась селективная ваготомия печени по И.А. Ташеву. Смысл операции селективной ваготомии печени заключается в прерывании парасимпатического влияния блуждающего нерва на сосуды пораженной печени и улучшении органного кровообращения. Для чего обнажается малый сальник, в его толще, ближе к печеночному краю визуализируются и выделяются печеночные ветви блуждающего нерва, которые пересекаются максимально ближе к воротам печени.

Всем больным производились УЗИ, клинико-лабораторные, инструментальные методы и гистологические исследования, посредством биопсии печени во время операции (прямой забор препарата) и через 12 месяцев после неё (толстоигольная пункционная биопсия иглой диаметром 1,6 мм «Нерафiх», фирмы Braun, Германия). Окраску препаратов проводили гематоксилин-эозином по стандартной методике. Препараты исследовали микроскопом БИОЛАМ фирмы «ЛОМО» (Россия). В данной статье рассматриваются результаты морфоструктурных изменений печени в зависимости от длительности течения заболевания.

Полученные результаты подвергнуты статистическому непараметрическому анализу по критерию Фридмана и конкордации Кэнделла, подтвердившему статистическую достоверность приведенных данных.

В первой контрольной группе не было выявлено каких-либо морфофункциональных изменений, как при операции, так и через 12 месяцев после неё.

Во второй контрольной – при морфологическом исследовании препаратов, взятых во время операции, выявлены дистрофические изменения гепатоцитов, признаки неспецифического и холестатического гепатитов (рис. 1–3), а при длительности заболевания более 5 лет и цирротические изменения (рис. 4–5). Через 12 месяцев после холецистэктомии положительная динамика отмечена у 22,2% больных с длительностью анамнеза желчнокаменной болезни 3 года, у остальных, а также у больных со сроками заболевания более 5 лет отмечалось прогрессирование морфоструктурных нарушений вплоть до развития вторичного холестатического гепатита и цирроза печени (соответственно 22,2% и 7,4% больных).

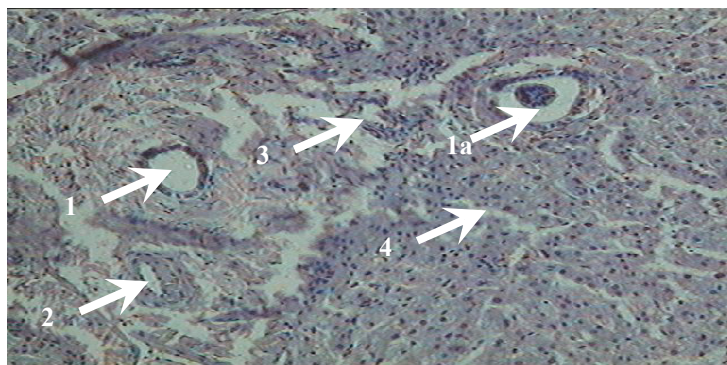


Рис. 1. Фотогистограмма. Ткань печени.
Окраска гематоксилин-эозином, ув. х600
1 – белковая дистрофия, 2 – расширенный желчный капилляр,
3 – ядро гепатоцита, 4 – баллонная дистрофия гепатоцита

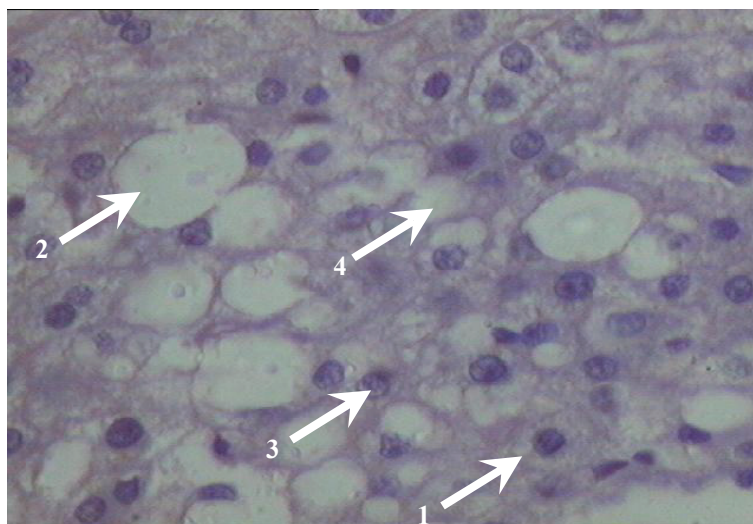


Рис. 2. Фотогистограмма. Ткань печени.
Окраска гематоксилин-эозином, ув. х300
1 – лимфоидная инфильтрация портального тракта с примесью макрофагов,
границы инфильтрации нечеткие

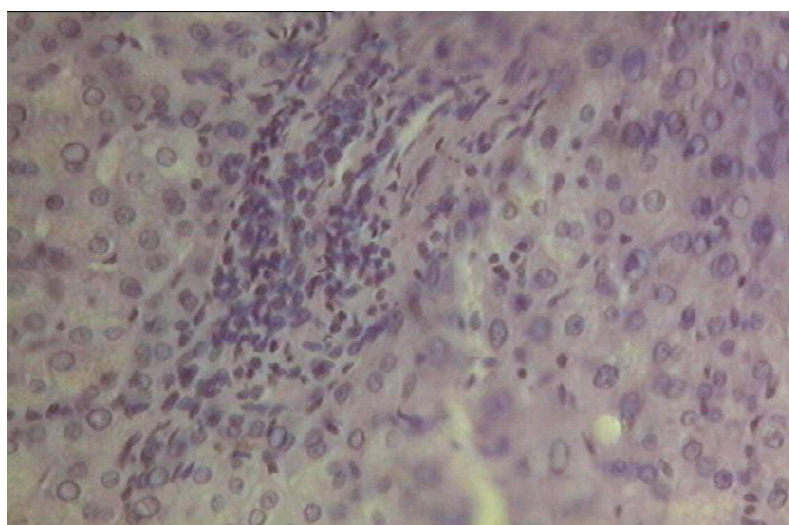


Рис. 3. Фотогистограмма. Ткань печени.
Окраска гематоксилин-эозином, ув. х600
1 – скопление желчного пигмента

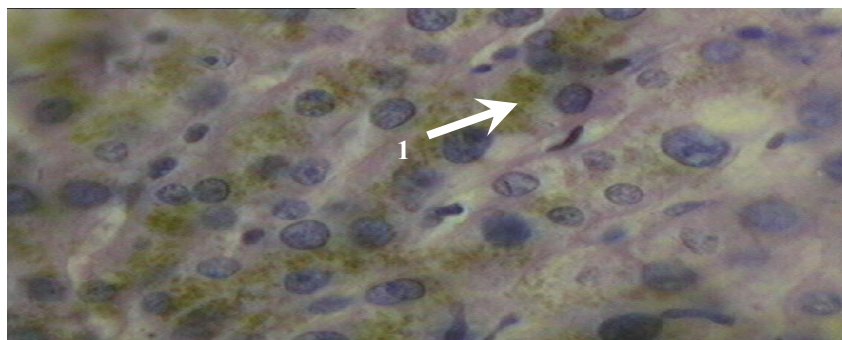


Рис. 4. Фотогистограмма. Ткань печени.
Окраска гематоксилин-эозином, ув. x150

1 – фиброз, 2 – дископлектация гепатоцитов, 3 – зернистая дистрофия гепатоцитов,
4 – баллонная дистрофия гепатоцитов, 5 – расширенные синусоиды

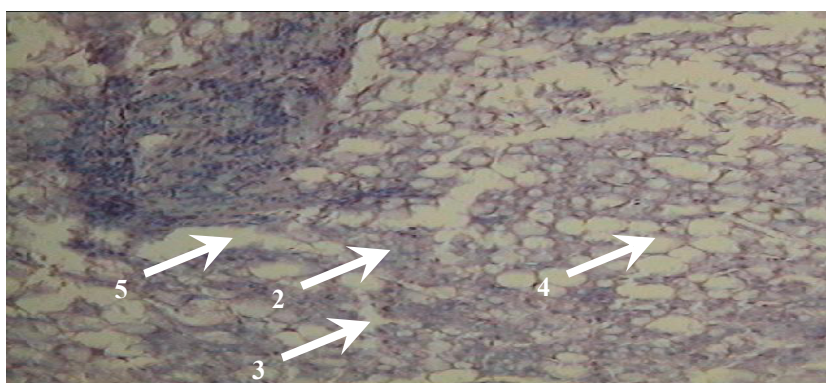


Рис. 5. Фотогистограмма. Ткань печени.
Окраска гематоксилин-эозином, ув. x150

В центре некроз гепатоцитов со скоплением желчных пигментов. По периферии
имеется дископлектация гепатоцитов (цирротические изменения).

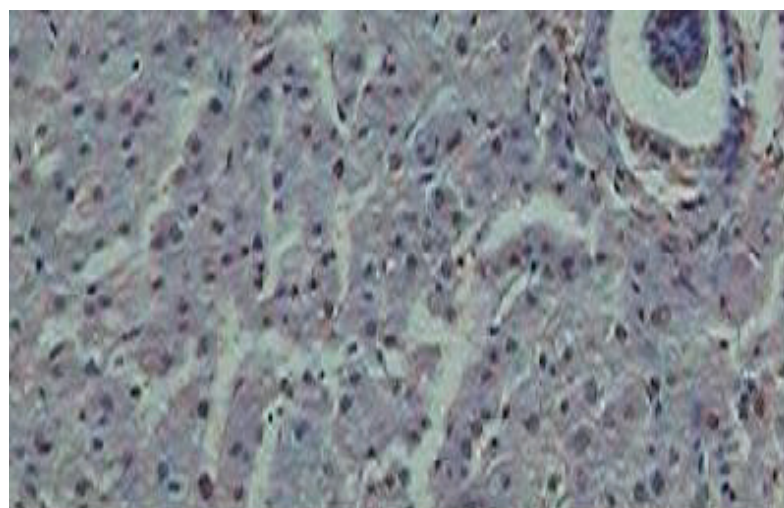


Рис. 6. Фотогистограмма. Биопсия печени через год после операции.
Окраска гематоксилин-эозином, ув. x150
Отмечается нормализация структуры печени.

Исходные морфоструктурные изменения печени у больных первой основной группы были следующими: дистрофические изменения у 8 (13,3%) больных, явления хронического холангита – у 4 (6,7%), признаки неспецифического реактивного гепатита – у 34 (56,7%), явления холестатического гепатита – у 12 (20%), изменения цирротического характера – у 2 (3,3%). Через 12 месяцев после операции обследованы 39 (67,2%) больных. При толстоигольной пункционной биопсии у них найдено отсутствие патологических изменений у 20, дистрофические изменения гепатоцитов – у 6, признаки неспецифического реактивного гепатита – у 10, явления холестатического гепатита – у 2 больных, цирроз печени у 1.

Анализируя динамику морфоструктурных изменений печени в данной группе (при сочетании лапароскопической холецистэктомии с электрокоагуляцией печени), отмечен регресс патологических процессов в 33 (84,6%) наблюдениях, ухудшение морфоструктурных изменений вплоть до цирроза с некрозом гепатоцитов – у 1 (рис. 5). Во второй основной подгруппе интраоперационная биопсия печени выявила дистрофические изменения гепатоцитов – у 6 (15%), признаки неспецифического реактивного гепатита – у 14 (35%), явления холестатического гепатита – у 6 (15%), изменения цирротического характера у 14 (35%) больных. Через год после операции при гистологическом исследовании биоптатов отрицательной динамики не было. У 10 (25%) наступила нормализация структуры печени (рис. 6). У больных третьей группы при гистологическом исследовании биоптатов печени выявлены признаки холестатического гепатита у 17 (77,3%), изменения цирротического характера – у 3 (13,6%), явления неспецифического реактивного гепатита – у 2 (3,1%) больных. Через год после операции обследованы все больные. При изучении биоптатов печени превалировала стабилизация вторичных изменений печени в 81,4% случаев, а в 4,5% случаев отмечено прогрессирование патологических процессов, регресс был в 13,6% наблюдений.

При анализе динамики морфоструктурных изменений печени по критерию Фридмана и конкордации Кэнделла во второй контрольной группе в послеоперационном периоде через год отмечается ухудшение показателей с расположением медианы у нижнего края средней зоны. В первой основной группе в исходных показателях медиана располагается срединно с равномерными колебаниями показателей. Через 12 месяцев выявлено улучшение морфоструктурных показателей в целом, но с сохранением тенденции к ухудшению. Во второй основной группе в сравнении с исходными показателями отмечается значительное снижение патологических изменений, со средним положением медианы и с интерквартильным размахом в сторону их улучшения. В третьей основной – различий между исходными показателями и показателями через год не наблюдалось, что свидетельствует о стабилизации имеющихся изменений, без тенденции к регрессу.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о зависимости тяжести морфоструктурных изменений в печени от длительности заболевания желчнокаменной болезнью. При длительности заболевания менее года морфоструктурные изменения не выявляются, как до, так и после холецистэктомии (первая контрольная группа). Этим больным показана только лапароскопическая холецистэктомия. Во второй контрольной подгруппе при длительности анамнеза 3 года уже отмечаются различной тяжести морфоструктурные изменения в печени, более выраженные при длительности заболевания 5 и более лет. У больных этой группы в возрасте до 45 лет с длительностью анамнеза до 3 лет, при незначительных и умеренных макроскопических изменениях печени, в виде закругленного края печени, некоторого уплотнения ткани и отсутствии сопутствующей патологии можно ограничиться лапароскопической холецистэктомией с расчетом на самостоятельный регресс вторичных поражений печени. При электрокоагуляции печени (первая основная группа) отмечается улучшение с регрессом развившихся морфоструктурных расстройств, однако у ряда больных процесс стабилизируется, при отсутствии стимуляции регенераторных процессов. Наилучшие результаты получены при электрокоагуляции печени сочетанной с гепатофренопексией (вторая основная группа), при которой регресс морфоструктурных нарушений подтверждался статистическими данными. При лапароскопической селективной ваготомии печени, ни морфологически, ни статистически улучшения не отмечается. Отмечается стабилизация состояния, без стимуляции регенераторных процессов.

Следовательно, такие гепаторегенераторные вмешательства, как электрокоагуляция печени, особенно в сочетании с гепатофренопексией, показаны и эффективны при лечении гепатобилиарных поражений при желчнокаменной болезни у лиц с анамнезом заболевания 5 лет и более.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Г.Н., Ташев И.А., Апельбаум Л.С. Диагностика и лечение хронических диффузных заболеваний печени. Великий Новгород: Виконт, 2003. 162 с.
2. Бычков П.К., Тибилев В.Е. Диагностика и лечение острого холецистита, осложненного механической желтухой // *Анналы хирургической гепатологии*. 1998. Т. 3. № 3. С. 42.
3. Воробьев Л.П. Изменения печени у больных с рецидивом болей после холецистэктомии // *Терапевтический архив*. 1981. Т. 53. № 12. С. 103–106.
4. Коган А.С., Непомнящих В.А. Влияние воспаления и холестаза на метаболическую функцию печени // *Хирургия*. 1987. № 2. С. 79–81.
5. Курдюкова Е.В. Клиническая морфология печени и морфогенез изменений печени при желчекаменной болезни и её осложнениях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Алма-Ата, 1992.
6. Мамакаев М.М., Ашимов И.А., Ниязов Б.С. Патоморфоз реактивного гепатита у больных с различными формами острого холецистита // *Неотложная хирургия*. 1995. № 1. С. 21–22.
7. Burdiles P., Csendes A., Diaz J.C. et al. Histological analysis of liver parenchyma and choledochal wall, and external diameter intraluminal pressure of the common bile duct in controls and patients with common bile duct stones with and without acute suppurative cholangitis // *Hepatogastroenterology*. 1989. V. 36, № 3. P. 143–147.
8. Kahng K.U., Roslyn J.J. Surgical issues for the elderly patients with hepatobiliary diseases // *Surg. Clin. North Am.* 1994. С. 345–373.
9. Lygidakis N. Incidence of infection in patients with choledocholithiasis // *Amer. J. Gastroenterology*. 1982. V. 77. P. 12–17.

10. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2007. Т. 9. № 4.
11. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2006. Т. 8. № 4.
12. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2005. Т. 7. № 4.
13. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2004. Т. 6. № 4.
14. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2003. Т. 5. № 4.
15. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2002. Т. 4. № 4.
16. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2001. Т. 3. № 4.
17. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2000. Т. 2. № 4.
18. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
19. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
20. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
21. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
22. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
23. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
24. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
25. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.