

УДК 616.366 – 003.7 + 616.61 – 0031 – 072.1

Е.О. Майер, А.И. Мосунов, Т.М. Тяптиргянова

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Новосибирская государственная медицинская академия

На базе цитогистологической лаборатории ГУ ДКБ ст. Новосибирск были изучены интраоперационные биоптаты печени у 190 больных желчекаменной болезнью, оперированных в различные сроки и периоды заболевания. Анамнестически, клинически и вирусологически у изучаемых больных были исключены заболевания, которые могли бы явиться причиной патологии печеночной паренхимы. Методы исследования биоптатов печени включали в себя гистологическую диагностику тонких срезов и цитологические исследования отпечатков кусочков с печеночной ткани. Биопсийный материал фиксировали в 4% растворе формальдегида. После фиксации материал проводили по спиртам возрастающей крепости и заливали в парафин. Среды окрашивали гематоксилином-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, краской-фиксатором Лейшмана с докрасиванием по Романовскому.

Исследование состояния поджелудочной железы выполнено у 540 больных ЖКБ. Целью проведения УЗИ было выявление хронического панкреатита в различные сроки и периоды ЖКБ. Статистическая обработка результатов проводилась по программам, адаптированным к компьютеру IBM PC (Excel 7.0 for Windows 95, Statistica for Windows 3.1, MathCad 8.0).

Резюме

Проведены цитогистологические исследования печеночной паренхимы в различные сроки и периоды желчекаменной болезни (ЖКБ) у 190 больных. Характерными особенностями патологических изменений структуры печеночной ткани в зависимости от сроков камненосительства явилось развитие последних в сроки заболевания свыше 1 года. Суть развивающихся в печени патоморфологических изменений на фоне ЖКБ сводится к двум основным процессам: дистрофии печеночных клеток и разрастанию стромы органа (фиброзу).

Исследование состояния поджелудочной железы выполнено у 540 больных ЖКБ. Целью проведения УЗИ было выявление хронического панкреатита в различные сроки и периоды ЖКБ. Статистическая обработка результатов проводилась по программам, адаптированным к компьютеру IBM PC (Excel 7.0 for Windows 95, Statistica for Windows 3.1, MathCad 8.0).

Результаты и обсуждение

Весь клинический материал, подвергнутый анализу, был разделен на две группы (с 4 подгруппами в каждой, выделенными в зависимости от времени с момента выявления калькулеза ЖВП) (табл. 1).

У всех больных было выявлено сохранение структуры и долек печеночной ткани. В подгруппах 1А

Е.О. Maier, A.U. Mosunov,
Т.М. Tyaptirgyanova

MORPHO-FUNCTIONAL STATE OF LIVER AND PANCREAS IN CHOLELITHIASIS PATIENTS

Novosibirsk State Medical Academy

Summary

Cytohistological tests of liver parenchyma were carried out in different times and periods of cholelithiasis with 190 patients. The typical peculiarity of pathological changes of liver tissue structure depending on the time of stone carriage is the fact that they arise in a year from the moment of disease.

The matter of morphological changes developing in the liver leads to two main processes: dystrophy of liver cells and the growth of organ stroma (fibrosis).

Таблица 1

Распределение по клиническим группам больных ЖКБ, у которых проведено цитогистологическое исследование строения паренхимы печени

| Характер оперативного вмешательства | Длительность от момента выявления калькулеза*, лет | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------|------------------|----------------------|
| | 0,5-1 (1А, 2А) | 1-5 (1Б, 2Б) | 5-10 (1В, 2В) | свыше 10 (1Г, 2Г) |
| Плановое и отсроченное (группа 1)** | 27 15,0 | 44 24,4 | 55 30,5 | 42 23,3 |
| Экстренное (группа 2)** | 3 1,6 | 7 3,8 | 11 6,1 | 1 0,55 |
| Всего (n=190)** | 30 1,6 | 51 28,3 | 66 36,6 | 43 23,8 |

Примечания. * — в скобках указаны обозначения подгрупп, соответствующих данному сроку заболевания; ** — верхний показатель — абсолютное значение, нижний — процент.

Таблица 2

Частота выявления при УЗИ хронического панкреатита в различные сроки и периоды ЖКБ у больных, оперированных в плановом и отсроченном порядке (n=504)

| Подгруппа больных | Количество больных | | |
|---|--------------------|-------|------|
| | абс. | отн.* | |
| IA (длительность заболевания 0,5-1 год; n=81) | 18 | 22,2 | 3,5 |
| IB (длительность заболевания 1-5 лет; n=132) | 69 | 52,2 | 13,6 |
| IV (длительность заболевания 5-10 лет; n=165) | 90 | 54,5 | 17,8 |
| IG (длительность заболевания свыше 10 лет; n=126) | 81 | 64,2 | 16,1 |

Примечание. * — в первой ячейке — процент больных от их количества в данной подгруппе, во второй — от общего количества обследованных больных.

и 2A (больные, оперированные при длительности заболевания от 6 мес. до 1 года) гистологических и цитологических изменений со стороны морфологического строения печени не было выявлено ни в одном случае. Во всех остальных клинических подгруппах отмечены дистрофические изменения в гепатоцитах, явления фиброза и хронической воспалительной инфильтрации по ходу портальных трактов и внутри долек, представленной лимфоидными и плазмочитарными элементами, нейтрофильными лейкоцитами.

Дистрофия носила характер зернистой и жировой, как крупно- так и мелкокапельной, цитоплазма гепатоцитов обильно накапливала желчный пигмент. Глыбчатая структура хроматина, явления кариорексиса и пикноз ядер гепатоцитов свидетельствовали о глубоких дистрофических изменениях в клетках печени. Таким образом, суть развивающихся в печени патоморфологических изменений на фоне ЖКБ сводится к двум основным процессам: дистрофии печеночной клетки и разрастанию стромы органа (фиброзу).

Выявленные патологические изменения печеночной ткани соответствовали морфологическому диагнозу хронического реактивного гепатита. Характерными особенностями патологических изменений структуры печеночной ткани в зависимости от сроков камненосительства явилось развитие последних в сроки заболевания свыше 1 года. При сроках заболеваний от 1 года до 10 лет наблюдалось неуклонное прогрессирование хронического воспалительного процесса с нарастанием частоты встречаемости и выраженности фиброзных изменений, которые становились резко выраженными у больных, страдающих ЖКБ свыше 10 лет.

Так, в подгруппе IB частота встречаемости фиброзных изменений составила 31,8%, в подгруппе IV она выросла до 40%, а в подгруппе IG была уже 69%. В группе экстренно оперированных пациентов (2 клиническая группа) соответствующие данные были следующими: подгруппа 2B — 42,8%; подгруппа 2B — 54,5%; подгруппа 2Г — 100%. При любой длительности ЖКБ наблюдалась усиленная лимфоцитарная инфильтрация, что соот-

ветствует фазе обострения хронического воспалительного процесса.

Методом выбора оценки состояния поджелудочной железы в различные сроки и периоды течения ЖКБ явилось ультразвуковое исследование в связи с его доступностью, неинвазивностью, достаточно высокой информативностью, возможностями проведения скринингового обследования больных. Возможности УЗ-диагностики различных форм панкреатитов заключаются, прежде всего, в дифференцировании хронического и острого процесса. При ультразвуковой диагностике в период ремиссии хронического калькулезного холецистита состояние поджелудочной железы оценивалось по изменениям ее формы, контуров, размеров, экзогенности, внутренней структуры; при возможности оценивалось состояние протоковой системы. Отмечены зубчатость и бугристость внешнего контура органа, уменьшение размеров поджелудочной железы (в большинстве случаев), диффузная неоднородность структуры.

Исследование состояния поджелудочной железы выполнили у 540 больных ЖКБ. Результаты УЗИ поджелудочной железы в различные периоды и сроки ЖКБ представлены в табл. 2.

Анализ частоты выявления хронического панкреатита у 540 больных при ультразвуковом исследовании в различные сроки заболевания ЖКБ позволяет говорить об увеличении количества случаев вторичного билиогенного хронического панкреатита с 22,2 до 52% при превышении длительности заболевания в 1 год. В дальнейшем происходит непрерывное увеличение количества выявленных случаев хронического панкреатита: при сроках заболевания 5-10 лет — 54,5%; свыше 10 лет — 64,2%.

Выводы

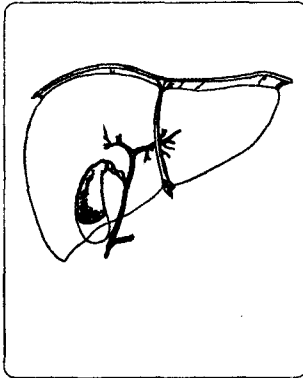
1. Морфофункциональное состояние печени у больных ЖКБ в различные сроки и периоды заболевания характеризуется развитием дистрофии клеток и разрастанием стромы органа (фиброз), степень выраженности которых растет с увеличением сроков заболевания.

2. Выявленные патологические изменения в органах гепатопанкреатодуоденальной зоны свидетельствуют о необходимости проведения плановых хирургических вмешательств у больных ЖКБ в сроки до 1 года с момента выявления калькулеза ЖВП.

3. При длительности ЖКБ свыше 1 года частота случаев хронического билиогенного панкреатита увеличивается в 2 раза.

Л и т е р а т у р а

1. Батников Н.И., Нефедов Л.И., Фомин К.А. // Клин. хирургия. 1993. №5. С.53-59.
2. Бобров О.Е., Огородник П.В., Агилов М.Т. // Врач. дело. 1992. №3. С.754-756.
3. Винокуров М.М., Тяпиргянова Т.М. // Акт. вопр. здоровья населения Республики Саха (Якутия). Якутск, 1994. С.116-117.
4. Геллер Л.И., Пашко М.М., Рыбалка Е.Д., Манешин В.Н. // Клин. медицина. 1990. №5. С.95-98.



УДК 616.342 — 002.44 — 053.8 — 036.8.003.1

Т.М. Тяптиргянова, З.А. Яковлева, И.П. Сивцева, Б.Е. Винокуров

РОЛЬ ИЗМЕНЕНИЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Медицинский институт Якутского государственного университета
им. М.К. Аммосова, г. Якутск

Цель нашего исследования состояла в изучении изменений большого дуоденального сосочка (БДС) при заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы

Основу исследования составили наблюдения 502 больных с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, находившихся на стационарном лечении в Республиканской больнице г. Якутска. Возраст больных варьировал от 15 до 76 лет, наибольшее количество пациентов было в возрасте от 30 до 60 лет (66,1%). Соотношение женщин и мужчин среди больных было 1,2 : 1. Пациентов коренной национальности было 329 чел., некоренных национальностей — 173 чел.

Группы обследованных по нозологиям формировали на основании данных опроса и проведенной в дальнейшем ФЭГДС, во время которой вы-

Т.М. Tyaptirgjanova, Z.A. Yakovleva,
I.P. Siptseva, E.E. Vinokurov

THE ROLE OF CHANGES IN THE MAJOR DUODENAL PAPILLA FOR DISEASES OF HEPATOPANCREATOBILIAR ZONE

Medical Institute of Yakutsk State University, Yakutsk

S u m m a r y

The experience of examination of 502 patients with hepatopancreatobiliary zone diseases is represented. In 82,3% observations as the result of the complex tests pathological changes were detected, treated as the most important etiologic factors of the disease. The meaningful significance of these changes is marked with the patients with postoperative cholelithiasis syndrome. The modern methods of correction of the major duodenal papilla pathology were represented, among which endoscopic interferences take the main place.

Резюме

Приведен анализ 502 случаев заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны. В 82,3% наблюдений в результате комплексного обследования обнаружены различные патологические изменения, расцененные как важнейшие этиологические факторы развития заболеваний. Отмечено важнейшее значение этих изменений у больных с постхолецистэктомическим синдромом. Представлены современные методы коррекции патологии большого дуоденального сосочка, среди которых главное место занимают эндоскопические вмешательства.

ясняли также наличие или отсутствие желчи в просвете 12-перстной кишки (ДПК), форму и состояние БДС, выраженность продольной складки, дуоденогастральный рефлюкс желчи, возможность катетеризации устья БДС, состояние слизистой ДПК. Проводили биопсию различных участков большого дуоденального сосочка, 12-перстной кишки, краев язв. Диагноз устанавливался на основании клинико-инструментальных данных ФГДС, ЭРХПГ, ЭПСТ.

Результаты и обсуждение

Еще в недалеком прошлом область БДС была малоизученной и труднодоступной для клиницистов. Последние десятилетия характеризуются стремительным накоплением данных о патологических состояниях большого дуоденального сосочка, основанных на результатах применения современных рентгено-эндоскопических методов обследования, которые меняют представление о механизмах развития и путях лечения поражений органов гепатопанкреатобилиарной зоны. К такого рода исследованиям побуждают увеличивающееся число подобных больных, неудовлетворительные результаты таких распространенных операций, как холецистэктомия и вмешательства на желчевыводящих путях и поджелудочной железе, а также наличие возможности эндоскопической коррекции изменений БДС.