

УДК 616.36/.367+616.361-007.253+572.7

*Р.М. Смачило***ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНЫМИ СВИЩАМИ***Харьковский национальный медицинский университет*

Целью данного исследования является изучение морфологических изменений гепатобилиарной системы и фистулярного канала при наличии желчных свищей в зависимости от сроков давности их существования. В работе проведен анализ патоморфологических изменений гепатобилиарной системы 38 оперированных больных с наружными желчными свищами и желчеистечениями в различные сроки их существования. Полученные результаты показали, что наиболее выраженные воспалительные и десквамативные процессы в области вмешательства отмечены в ранние сроки существования желчеистечений. Проведение реконструктивных операций на холедохе при наличии желчного свища наиболее целесообразно в сроки 28 суток от начала заболевания и позже, поскольку в эти сроки происходит завершение и демаркация воспалительного процесса.

Ключевые слова: холедох, желчный свищ, морфологические изменения

Желчеистечения и формирование наружных желчных свищей достаточно часто встречающееся осложнение после операций на гепатобилиарной системе [3]. Несмотря на то, что проявление этого состояния однотипно и характеризуется выделением желчи по дренажу брюшной полости, его причины, тяжесть и последствия варьируют в широких пределах. Это может быть самоликвидирующееся в течение 5-7 суток выделение желчи, так и опасное для жизни состояние с развитием желчного перитонита или длительно персистирующего полного наружного желчного свища на фоне формирования стриктуры желчновыводящих путей. Именно последние состояния вызывают особый клинический и тактический интерес у хирургов [1, 2]. Для всех желчеистечений характерно наличие определенного источника, которым могут быть как внутрипеченочные так и внепеченочные желчные пути, в связи с чем данная проблема нередко рассматривается в разделе такого грозного осложнения оперативных вмешательств как повреждение желчных путей [4, 5].

Опасность этого осложнения для жизни пациента, отсутствие единой хирургической тактики при его лечении и не всегда благоприятный исход побудили нас провести исследование, **целью** которого явилось изучение морфологических изменений в зоне источника желчеистечения в зависимости от сроков давности их существования для дальнейшего определения наиболее рациональной лечебной тактики.

Материал и методы

Проанализирован опыт хирургического лечения 38 больных с наличием наружных желчных свищей после различных операций на гепатобилиарной системе за период с 2004 по 2010 гг., которые находились в клинике Института общей и неотложной хирургии АМН Украины. Большинство больных (31) поступили после первичных операций в других лечебных учреждениях. Пациенты с желчными свищами были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 7 больных с желчеистечениями, оперированных на 3-5 сутки от их возникновения. Вторую группу составили 10 больных с желчными свищами, оперированных в период с 14 до 28 суток от их возникновения. Третью группу составили 21 больной с желчными свищами, оперированный после 28 суток от начала заболевания. У всех больных во время хирургического лечения забирался материал для морфологического исследования: печень, желчные протоки в области источника желчеистечения и фистулярный канал. Препараты окрашивались гематоксилином и эозином и по методу ван Гизон.

Результаты и обсуждение

Анализируя морфологическое состояние печеночной паренхимы у больных с желчными свищами различных сроков давности существования следует отметить, что наибольшее повреждение паренхимы печени отмечено в 1 и 2 группе больных. В эти временные промежутки в паренхиме печени документи-

руются явления острого реактивного гепатита в виде баллонной дистрофии и некроза гепатоцитов, отека печени с расширением пространств Диссе, лимфогистиоцитарной инфильтрации как стромы портальных трактов, так и по ходу синусоидов. В период 28 суток от начала заболевания и позже в паренхиме печени отмечаются остаточные явления реактивного гепатита в виде мелкоочаговой лимфогистиоцитарной инфильтрации стромы портальных трактов, а также явления репаративных процессов в паренхиме печени в виде появления крупных двуядерных гепатоцитов. Также необходимо отметить, что цитоплазма многих гепатоцитов, особенно в ранние сроки, переполнена гранулами желчи, что свидетельствует о наличии холестаза в печеночных желчных протоках и является маркерным признаком, развивающейся в таких условиях, механической желтухи.

Анализируя состояние внутрипеченочных желчных протоков следует отметить, что наибольшие изменения в стенках протоков также выявлены в 1 и 2 группах больных. В эти временные промежутки во внутрипеченочных протоках печени документируются явления острого холестаза с расширением просветов протоков и с истончением их стенок и острого холангита в виде десквамации эпителия и выраженной воспалительной инфильтрации стенок протоков. Причем, максимальная выраженность явлений острого холангита документируется на 12-14 сутки от начала заболе-

вания. В эти же временные рамки отмечается пролиферация фибробластов и появление молодой соединительной ткани в стенках протоков. В период 28 суток от начала заболевания и позже во внутрипеченочных желчных протоках отмечаются остаточные явления острого холангита в виде мелкоочаговой лимфогистиоцитарной инфильтрации стенок, а также документируются разрастания соединительной ткани, как в стенках протоков, так и вокруг них, что в последующем может predispose к склерозированию стенок протоков.

Анализируя состояние поврежденного холедоха у больных с желчными свищами выявлено, что наибольшие изменения в стенке холедоха отмечены у больных 1 и 2 групп. В эти временные промежутки в холедохе документируются отечно-десквамативные и некротические явления со стороны эпителия с выраженными реактивными изменениями в виде воспалительной инфильтрации стенки холедоха (рис. 1). Причем, максимальная выраженность явлений острого воспаления стенки холедоха отмечена у больных 1 группы. У больных 2 группы отмечено «затухание» и демаркация воспалительного процесса, пролиферация фибробластов и появление молодой соединительной ткани со стороны адвентиции холедоха. У больных 3 группы в холедохе отмечены остаточные явления острого воспаления в виде мелкоочаговой лимфо-гистиоцитарной инфильтрации стенок (рис. 2), а также разрас-

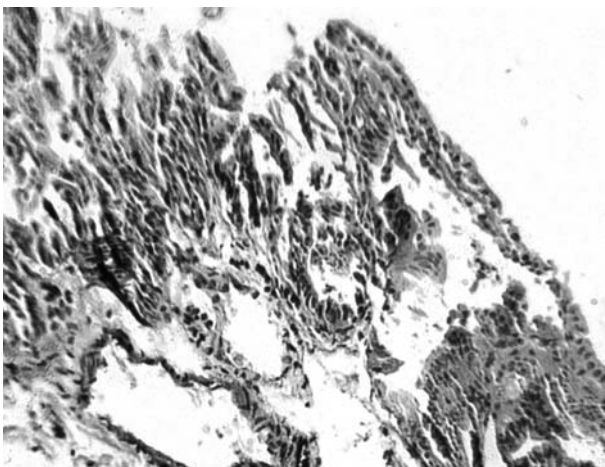


Рис. 1. Десквамация и дисконфлексация эпителия. Диффузная воспалительная инфильтрация холедоха. Окраска гематоксилином и эозином. $\times 100$.



Рис. 2. Репарация эпителия, склероз адвентиции, мелкоочаговая лимфо-гистиоцитарная инфильтрация холедоха. Окраска по методу ван Гизон. $\times 200$.

тания соединительной ткани как в стенке холедоха, так и вокруг него, что в последующем, так же как и в случае с внутривенными желчными протоками, может явиться фоновым состоянием к склерозированию стенки холедоха и образованию протоковой стриктуры.

Анализируя состояние тканей фистулярного хода следует отметить тот факт, что наибольшие изменения в тканях фистулярного хода (отек, очаговые кровоизлияния, жировые некрозы как асептического типа, так и с нагноением и выраженная воспалительная инфильтрация) регистрируются в ранние сроки. Причем, максимальная выраженность явлений острого воспаления тканей фистулярного хода документируется на 3-5 сутки от начала заболевания. После 14 суток отмечается демаркация воспалительного процесса, пролиферация фибробластов и появление по периферии фистулы рыхлой молодой соединительной ткани.

В период 28 суток от начала заболевания и позже в тканях фистулярного хода отмечаются остаточные явления острого воспаления в виде мелкоочаговой лимфо-гистиоцитарной инфильтрации, эпителизация фистулы со стороны просвета, а также разрастания соединительной ткани по периферии фистулы, что является проявлением защитно-компенсаторной реакции организма, направленной на ограничение контакта неповрежденных тканей с агрессивными компонентами желчи.

З а к л ю ч е н и е

Проведение реконструктивных операций на холедохе при наличии желчного свища наиболее целесообразно в сроки 28 суток от начала заболевания и позже, поскольку в эти сроки происходит завершение и демаркация воспалительного процесса, репарация элементов эпителия и укрепление соединительной тканью (со стороны адвентиции) стенки протока, что в свою очередь, предупреждает несостоятельность накладываемых билиодигестивных анастомозов и снижает вероятность образования в дальнейшем рубцовой стриктуры.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ЖОВЧНИМИ НОРИЦЯМИ

Р.М. Смачило

Метою даного дослідження є вивчення морфологічних змін гепатобілярної системи і фістулярного каналу при наявності жовчних нориць у залежності від термінів давності їх існування. У роботі наведено аналіз патоморфологічних змін у гепатобілярній системі 38 оперованих хворих з зовнішніми жовчними норицями та жовчетечами у різні терміни їх існування. Отримані результати показали, що найбільш виражені запальні і десквамативні процеси в ділянці втручання відмічені у ранні терміни існування жовчетеч. Проведення реконструктивних операцій на холедохи при наявності жовчної нориці найбільш доцільно у терміни 28 днів від початку захворювання і пізніше, оскільки у ці терміни відбувається завершення і демаркація запального процесу.

Ключові слова: холедох, жовчна нориця, морфологічні зміни.

PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES OF HEPATOBILIARY SYSTEM IN PATIENTS WITH BILIARY FISTULAS

R.M. Smachylo

The aim of the study was investigation of morphological changes of hepatobiliary system and fistula channel in biliary fistulas depending on terms of their existence. Analysis of pathomorphological changes of hepatobiliary system of 38 operated patients with bile leaks and fistulas in various terms of their existence. Obtained results showed that the most expressed inflammatory and desquamative processes in area of intervention are observed in early terms of bile leaks existence. Reconstructive biliary operations in patients with biliary fistulas are the most feasible in 28 days and latter, because in these terms inflammatory and desquamative processes are subsided.

Key words: common bile duct, biliary fistulas, morphological changes.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров О.Е. Очерки хирургии острого холецистита / О.Е. Бобров, С.И. Хмельницкий, Н.А. Мендель – Кировоград: «ПОЛИУМ», 2008. – 216 с.
2. Экстренная хирургия желчных путей / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, А.Ф. Элин [и др.]. – Донецк, 2005. – 434 с.
3. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А.В. Малоштан, В.В. Бойко, А.М. Тищенко, И.А. Криворучко – Харьков, 2005. – 367 с.
4. Einteilung und behandlung von gallengangs verletzungen nach laparoskopischer cholecystektomie / P.Neuhaus, S.C.Schmidt, Hintze R.E. [et al.] // Chirurg. – 2000. – Vol. 71. – P. 166-173.
5. Strasberg S.M. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy / S.M. Strasberg, M. Hertl, N.J. Soper // J.Am.Coll.Surg. – 1995. – Vol. 180. – P. 101-125.

Стаття надійшла 02.03.2011