

## Полуколичественная оценка гистологических изменений печени при внепеченочном холестазах

С.В.ТАРАСЕНКО, А.А.НАТАЛЬСКИЙ, А.В.ЛЕВИТИН, О.Д.ПЕСКОВ, А.А.КОПЕЙКИН

### The hemiquantitative appraisal of liver's histological changes in subhepatic cholestasis

S.V.TARASENKO, A.A.NATALSKIY, A.V.LEVITIN, O.D.PESKOV, A.A.KOPEIKIN

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова

За последнее десятилетие значительно возросло число больных, поступающих в хирургические стационары с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой. Радикальные оперативные вмешательства даже в лучших специализированных клиниках выполняются в 5-15% случаев, а пятилетняя выживаемость варьируется от 0 до 30% [1-3]. Большинство пациентов после установления диагноза погибают в течение года [4, 5].

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения больных с внепеченочным холестахом во многом обусловлены отсутствием информативных критериев оценки функционального состояния печени при данной патологии. Используемые в настоящее время лабораторные критерии оценки печеночной недостаточности не коррелируют ни с уровнем ее метаболической активности, ни с особенностями гистологической структуры.

На сегодняшний день для отражения патоморфологических изменений в тканях органов, помимо классических методик, существуют электронная микроскопия, морфометрия с компьютерной обработкой данных и различные варианты полуколичественных методов оценки гистологических изменений. Однако, первые два перечисленные метода характеризуются большой затратностью и трудоемкостью.

Цель исследования заключалась в изучении комплекса морфологических изменений печени при внепеченочном холестазах с последующей оценкой эффективности хирургических методов билиарной декомпрессии.

#### Материал и методы

В основу работы положены результаты наблюдения, обследования и лечения 71 больного с

подпеченочным холестахом, находившихся в нашей клинике с 2006 по 2007 год. Механическая желтуха опухолевого генеза была выявлена у 31 больного, неопухолевого – у 40. Всем больным выполнены оперативные вмешательства. Произведено 100 операций. У 24 пациентов декомпрессия осуществлена в 2 этапа. На первом этапе: эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 9, миниинвазивная холецистостомия – 15.

Все оперированные больные с печеночной недостаточностью I и II стадии разделены на 5 групп. В первую группу вошли больные с наружным дренированием желчевыводящих путей. Вторую группу составили больные, которым выполнялась холедохоеюностомия. Третья группа – гепатикоеюностомия, четвертая группа - холедоходуоденостомия, пятая - эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Всем больным бралась биопсия печени как интраоперационно, так и в раннем послеоперационном периоде. Забор материала производили при помощи набора для пункционной биопсии herafix g18/1.2 x 88 под контролем УЗИ. В набор входит игла Менгини с углом среза 45° и круговой заточкой, что дает сохранение целостности образца ткани печени даже по краю среза.

На кафедре госпитальной хирургии была предложена собственная полуколичественная методика оценки морфологических изменений печеночной ткани при механической желтухе.

#### Результаты и их обсуждение

Гистологические исследования печени проведены в течение четырех недель нарастания механической желтухи и позволили выявить зависимость морфологических изменений печеночной ткани от стадии печеночной недостаточности (табл. 1).

**Морфологические изменения печени**

Стадии печеночной недостаточности		
I стадия	II стадия	III стадия
<ul style="list-style-type: none"> <li>• внутрипротоковый холестаз,</li> <li>• умеренная инфильтрация стромы нейтрофилами</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Холестаз внутрипротоковый и внеклеточный,</li> <li>• реактивный стромальный гепатит,</li> <li>• белково-липидная дистрофия гепатоцитов,</li> <li>• умеренный фиброз</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Множественные диффузные отложения билирубина как вне-, так и внутриклеточно,</li> <li>• выраженная белково-липидная дистрофия гепатоцитов,</li> <li>• некрозы паренхимы печени,</li> <li>• цирроз,</li> <li>• фиброз (склероз по ходу триад)</li> </ul>

Для оценки течения постдекомпрессионного периода у больных с подпеченочным холестазом мы использовали балльную оценку четырех гистологических признаков (табл. 2).

Таблица 2

**Балльная оценка  
гистологических изменений печени**

Признак	Степень выраженности		
	Слабо	Умеренно	Резко
Холестаз	1	2	3
Дистрофия	1	2	3
Лейкоцитарная инфильтрация стромы (стромальный гепатит)	1	2	3
Фиброз (цирроз)	1	2	3

В результате проведенных оперативных вмешательств у больных с механической желтухой гистологическая картина печени достоверно улучшалась. Использование предложенной методики при сравнении эффективности пяти основных хи-

рургических методов билиарного дренирования позволило выяснить, что наиболее выраженная динамика отмечена у больных с гепатикоеноанастомозом: средний суммарный балльный показатель достоверно снизился ( $p < 0,01$ ) на 26,7%.

В группе с эндоскопической папиллосфинктеротомией – на 24,7%; холедоходуоденоанастомозом – 16,1%; наружным дренированием – 12,5%, холедохоеноанастомозом – 10,6%. Улучшение отмечалось за счет полного отсутствия или незначительной выраженности холестаза, дистрофических явлений в гепатоцитах, фиброза на 10-е сутки послеоперационного периода. Лейкоцитарная инфильтрация отмечалась у больных и на 20-е и 30-е сутки постдекомпрессионного периода.

**Вывод**

Предложенная методика доказала свою практическую значимость и может быть рекомендована как один из объективных методов оценки печеночной недостаточности.

**Список литературы**

1. *Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю.* Лечение ятрогенных поврежденных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. Хирургия 2007; 12:18-25.
2. *Гальперин Э.И., Семдяева М.И., Неклюдова Е.А.* Недостаточность печени. М.: Медицина, 1978; 328.
3. *Патютко Ю.И.* Желчеотведение при механической желтухе опухолевого происхождения. IV Рос. онкол. конф. Москва, 21-23 ноября 2000 г., 2000.
4. *Кубышкин В.А., Вишневский В.А.* Рак поджелудочной железы. М.: ИД Медпрактика - М., 2003; 386.
5. *Вишневский В.А.* Операции на печени: руководство для хирургов. М.: Миклош, 2003; 156.

Поступила 01.09.09 г.

**Информация об авторах**

1. Тарасенко Сергей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова, e-mail: bsmpp@mail.ryazan.ru
2. Натальский Александр Анатольевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова, e-mail: lorey1983@mail.ru

3. Левитин Александр Викторович – заведующий патологоанатомической службой городской клинической больницы скорой медицинской помощи, e-mail: levitin65@yandex.ru
4. Песков Олег Дмитриевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова, e-mail: peskov\_oleg\_dmit@mail.ru
5. Копейкин Александр Анатольевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова, e-mail: akoreykin@yandex.ru