

УДК 616.366 - 002.2-06

Бочаров А., Роговий Ю.

Гістологічні особливості біляміхурового інфільтрату

Центральна науково-дослідна лабораторія (зав. лаб. - проф. Ю.С.Роговий)

Буковинської державної медичної академії

Резюме. На основі гістологічного дослідження ділянок біляміхурового інфільтрату у 82 хворих з гострим деструктивним калькульозним холециститом підтверджено положення про істотне послаблення запального бар'єру та можливість розвитку злукового процесу за умов хронічного перебігу цієї патології.

Ключові слова: біляміхуровий інфільтрат, запальний бар'єр, злуковий процес.

В останні роки увагу хірургів усе більше привертає біляміхуровий інфільтрат, як ускладнення гострого холециститу, що викликає труднощі при холецистектомії [3,4]. Особливого значення набуває це питання в зв'язку з впровадженням у хірургічну практику лапароскопічної холецистектомії, тому що біляміхуровий інфільтрат, не тільки призводить до технічних складностей під час операції (можливого пошкодження жовчного міхура та позапечіткових жовчних шляхів), а й до необхідної лапаротомної холецистектомії [5]. Тому вивчення гістологічних особливостей цього запального процесу є актуальним, що дасть можливість патогенетично обґрунтувати шляхи поліпшення хірургічного лікування цієї патології жовчного міхура. З патогенетичних позицій відомо, що біляміхуровий інфільтрат являє собою запальний процес із істотно ослабленим запальним бар'єром, що сприяє загальній інтоксикації організму [2]. Разом з тим, гістологічні особливості розвитку біляміхурового інфільтрату досліджені недостатньо.

Мета роботи. З'ясувати характер гістологічних змін у ділянці біляміхурового інфільтрату для обґрунтування хірургічної тактики, спрямованої на поліпшення лікування цього патологічного процесу.

Матеріал і методи дослідження

Нами було обстежено 82 пацієнта віком від 20 до 39

років без явищ жовтяниці із гострим деструктивним калькульозним холециститом, ускладненим біляміхуровим інфільтратом, в т.ч. у 25 хворих спостерігався гангренозний холецистит (4 з перфорацією жовчного міхура), у 57 - флегмонозний (1 з перфорацією жовчного міхура). Забір матеріалу проводився під час оперативного втручання з подальшим проведенням гістологічного дослідження із забарвленням зрізів гематоксилін-єозином.

Результати дослідження

Результати наших досліджень свідчать, що до формування патологічного процесу, пов'язаного із біляміхуровим інфільтратом залучаються такі органи, як стінка жовчного міхура, чепець, стінка кишечника, очеревина. Разом з тим, диференціація границь органів у ділянці біляміхурового інфільтрату виявилася досить складним завданням навіть на гістологічному рівні. Зокрема, в ділянці біляміхурового інфільтрату на 4-ту добу захворювання виявлено набряк, помірну венозну гіперемію, стаз, але без істотної інфільтрації стромы клітинними елементами, що вказує на серозний характер запальної реакції. На залучення до біляміхурового інфільтрату чепця вказувало наявність у полі зору значної кількості фрагментів жирової тканини (рис.1). У подальшому частка жирової тканини в ділянці біляміхурового інфільтрату знижувалася, а на її місці спостерігалось значне розростання сполучної тканини з істотним збільшенням кількості колагенових волокон і розвитком злукового процесу, що виявлено на 30-ту добу від початку захворювання, за умов коли лікувальні заходи спрямовані на ліквідацію біляміхурового інфільтрату [4] проводилися в термін більше як 48 год від початку формування цього запального процесу (рис.2).

Обговорення

Тлумачення отриманих результатів полягає у

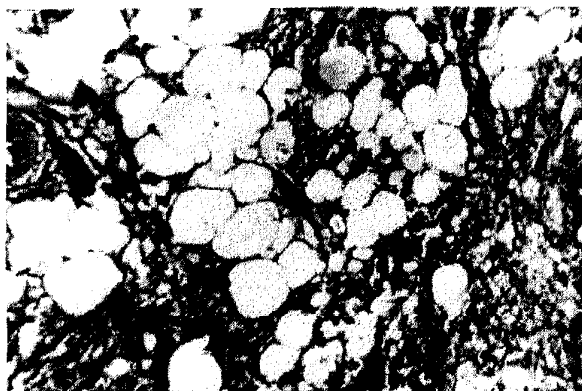


Рис.1. Ділянка біляміхурового інфільтрату з гострим деструктивно-калькульозним холециститом на 4-ту добу від початку захворювання. Набряк, значна кількість фрагментів жирової тканини. Забарвлення гематоксилін-єозином. Зб.: $\times 90$.

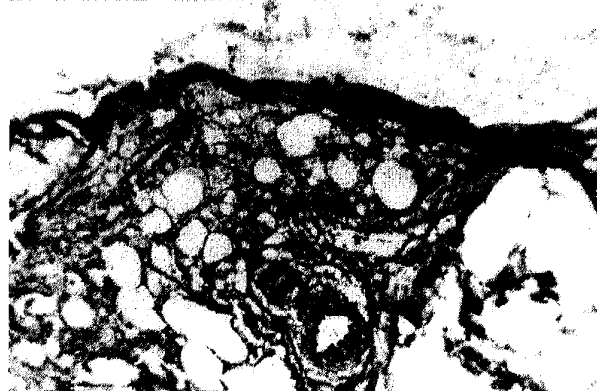


Рис.2. Ділянка біляміхурового інфільтрату при хронічному перебігу патологічного процесу на 30-ту добу від початку захворювання. Набряк, помірна кількість фрагментів жирової тканини, виражений злуковий процес. Забарвлення гематоксилін-єозином. Зб.: $\times 90$.

наступному. Розвиток набряку інтерстицію в ділянці біляміхурового інфільтрату пояснюємо підвищенням проникності стінок капілярів для білка під впливом біологічно активних речовин - медіаторів запалення із виходом останнього в інтерстицій організмів, які охоплені цим патологічним процесом. Білок, який вийшов у інтерстицій, сприяв надходженню води та низькомолекулярних електролітів у міжклітинний простір і, відповідно, до закону Старлінга - регуляції водно-сольового обміну на тканинному рівні - призводив до посилення набряків. Відсутність у ділянці біляміхурового інфільтрату клітинних елементів (нейтрофілів, моноцитів, лімфоцитів та інших) зумовлене, напевно, недостатнім утворенням факторів хемотаксису, таких як лейкотрієн B₄, фрагмент комплементу C_{5a} та ін. У межах біляміхурового інфільтрату практично не виявлені нейтрофіли, які є джерелом лізосомальних ферментів [6]. Тому слід допустити, що в ділянці цього патологічного процесу не будуть відбуватися реакції гідролізу із утворенням молекул із середньою масою, які, відповідно до фізико-хімічної теорії Шаде та вчення де Дюва про лізосоми, повинні формувати запальний бар'єр з односторонньою проникністю. Суть якого пояснюється наступним. Так, в ділянці запалення внаслідок гіпоксії і розвитку метаболічного ацидозу відбувається активація лізосомальних ферментів, під впливом яких має місце гідроліз крупних молекул з утворенням продуктів з середньою масою. Це призводить до розвитку гіперосмії та гіперонкії в ділянці запалення. За рахунок того, що ці продукти все ж таки не мономери (середня молекулярна маса), вони утримуються в ділянці запалення, а завдяки високому осмотичному тиску формують бар'єр з односторонньою проникливістю. Тобто вода і розчинні в ній речовини із навколишніх тканин надійдуть в ділянку запалення, але детрит, мікроорганізми та біологічно активні сполуки будуть фіксовані у вогнищі запалення. Про ефективність цього бар'єру свідчить дослід з введенням смертельної дози стрихніну в експерименті у порожнину абсцесу, коли екзиту не розвивається [6]. За умов розвитку біляміхурового інфільтрату цей бар'єр істотно ослаблений [1], що підтверджено нами морфологічно і ще раз вказує на переважно пошкоджуючий вплив цього патоло-

гічного процесу. Залучення чепця до розвитку біляміхурового інфільтрату слід розглядати як фактор, що зумовлює розростання сполучної тканини в ділянці цього запалення, і, відповідно, формування злукового процесу при хронічному його перебігу.

Висновки

1. Гістологічне дослідження біляміхурового інфільтрату підтверджує обґрунтоване раніше положення на біохімічному рівні про переважно пошкоджуючий вплив цього патологічного процесу.
2. Враховуючи отримані морфологічні дані, тактика хірурга повинна бути спрямована на якнайшвидшу ліквідацію біляміхурового інфільтрату.
3. Не доцільно відстрочувати лікувальні заходи більше, як на 48 год з моменту формування біляміхурового інфільтрату, оскільки при хронізації цього запалення формується злуковий процес, що значно ускладнює проведення хірургічного лікування.

Література

1. Бочаров А.В., Мільков Б.О., Кухарчук О.Л. та ін. // Бук. мед. вісник.-1999; 1: 19-22.
2. Бочаров А.В. Особливості клінічного перебігу і лікувальної тактики при біляміхуровому інфільтраті як ускладненні деструктивних форм гострого калькульозного холециститу: Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.03/ Тернопільська держ. мед. академія.- Тернопіль, 1998.- 20 с.
3. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей.-М.: Медицина, 1990.- 240 с.
4. Мільков Б.О., Кухарчук О.Л., Бочаров А.В. та ін. // Клін. хірургія.- 1997; 11-12: 97.
5. Саенко В.Ф., Белянский Л.С., Маркулан Л.Ю. и др. // Клін. хірургія.- 1996; 6: 4-9.
6. Чернух А.М. Воспаление.- М.: Медицина, 1979.- 448 с.

Bocharov A., Rogovoy Yu.

Morphogenesis of Pericystic Infiltrate

Summary. The authors confirm the postulate dealing with a considerable reduction of the inflammatory barrier and a possible development of the adhesive process under conditions of a chronic course of this pathology in 82 patients with acute destructive calculous cholecystitis on the basis of a histologic investigation of areas of the Pericystic Infiltrate.

Key words: *pericystic infiltrate, inflammatory barrier, adhesive process.*

Надійшла 14.08.2001 року.