

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ



Комилов Сафар Ортикович, Мирходжаев Ислон Асрорович
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИДА ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Комилов Сафар Ортикович, Мирходжаев Ислон Асрорович
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

PATHOMORPHOLOGY OF LIVER PARENCHYMA ECHINOCOCCOSIS ASPECT

Komilov Safar Ortikovich, Mirkhodzhaev Islom Asrorovich
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Резюме. Ҳар хил ёшдаги беморлар гуруҳида жигарнинг турли жойларида жойлашган, ҳар хил ўлчамли эхинококкида паренхимасидаги морфологик тузилиши текширилганда қуйидагилар аниқланди: кистага яқин жойлашган жигар паренхимаси устунларининг тузилишини ўзгарганлиги ва шу соҳада гепатоцитларда дистрофик ўзгаришлар аниқланди. Кичик ва ўрта ўлчамдаги кисталарда ундан узоқда жигар паренхимасида гепатоцитларда биров дистрофик ўзгаришлар кузатилган бўлса, гигант ўлчамдаги кисталарда шу соҳада ўзгаришлар бир мунча ифодаланган ва диффуз ҳолатда эканлиги аниқланди. Бундай ўзгаришлар беморларни операцияга хирурглар томонидан пухта тайёргарлик ўтказилишини талаб қилади.

Калит сўзлар: жигар эхинококки, паразитар кисталарни морфологик текширишлар, турли ёшдаги беморлар.

Abstract. A study of intravital morphological structures of the liver with different sizes and localization of hydatid cysts of the liver in different age groups of patients revealed the following: the liver tissue in areas in close proximity to the echinococcal cyst is subject to the most pronounced changes. This is manifested both by a violation of the beam structure of the liver, and by dystrophic changes in the hepatocytes themselves. In remote areas of the liver parenchyma, with small and medium-sized echinococcal cysts, slight dystrophic changes in hepatocytes are found, while with giant cysts, these changes are more pronounced and diffuse, which requires the surgeon to carefully preoperative preparation.

Key words: liver echinococcus, morphological studies of parasitic cysts, age groups.

Введение. Эхинококкоз – паразитарное заболевание с широкой географической распространенностью в мире. Толщина эхинококковой кисты может свидетельствовать о давности заражения. Эхинококкоз человека продолжает оставаться тяжелым паразитарным заболеванием. По данным ВОЗ (1982) и ряда других источников, отмечается широкое его распространение и значительное увеличение заболеваемости среди населения [4]. Наряду с увеличением числа новых случаев заболевания отмечается большой процент рецидивов эхинококкоза, частота которых по данным разных авторов колеблется в широких пределах (3.3-54%) [2]. При хирургическом лечении эхинококкоза основные нерешенные вопросы сводятся к определению тактики по отношению к

паразиту, фиброзной капсуле и к органу носителю, определению объема предоперационной подготовки, вопросов этапности оперативных вмешательств, сроков межэтапного периода, выбора наиболее подходящего доступа и т.д. [3].

Проведение анализа причин возникновения рецидива, совершенствование диагностики и хирургического лечения этой патологии, особенно при наличии множественных форм поражения органа паразитарным процессом, на наш взгляд, позволили бы значительно улучшить результаты лечения таких больных [1, 4].

Несмотря на множество вариантов лечения эхинококкоза печени, хирургический способ остается основным видом лечения этого паразитарного заболевания.

Цель исследования. изучение прижизненных морфологических изменений печени при различных размерах и локализации гадатидозных кист печени в разных возрастных группах больных. Морфологическому исследованию подвергали кусочки ткани фиброзной капсулы печени в непосредственной близости от паразитарных кист, а также биоптатов из отдаленных участков печени.

Материалы и методы: оперативное лечение проведено 267 больным с однокамерным эхинококкозом печени. В возрасте до 20 лет был 31 (12%) больной, от 21 года до 40 лет -138 (52%), от 41 до 60 лет – 77 (23%), старше 60 лет – 21 (8%) больной. Гистологическое исследование проведено у 49 больных, кусочки печени из фиброзной капсулы и прилегающей ткани печени, взятые во время операции фиксировали в растворе 10% нейтрального формалина. Гистологические срезы окрашивали гематоксилин – эозином по Ван-Гизону.

Результаты исследования и обсуждения: В зависимости от размера кист условно было выделено 2 группы: первая группа - малые кисты – 86 (22%) наблюдений, вторая группа - крупные и гигантские кисты – 181 (68%) наблюдений. Было отмечено, что с увеличением возраста больных, возрастает количество наблюдений эхинококкоза печени с крупными и гигантскими кистами. Осложненные кисты в виде нагноений наблюдались у 26 (13%) больных и чаще встречались у взрослых, особенно у больных среднего и пожилого возраста с наличием крупных и гигантских кист.

Формирование паразитарной кисты начинается через 4 суток после фиксации в тканях. Величина кисты к концу первого месяца – 1 мм, через три месяца – 2 мм, затем происходит скачкообразное ускорение роста средняя скорость роста 1-3 см в год.

Фиброзная капсула является результатом продуктивного воспаления, развивающегося вокруг растущей паразитарной кисты. Фиброзную капсулу можно разделить на три слоя. Наружный обычно представлен грубо волокнистой соединительной тканью, состоящей из продольно расположенных пучков коллагеновых волокон и многочисленных фибробластов. В среднем слое коллагеновые волокна расположены рыхло. Между ними выявляются мелкие кровеносные сосуды. Наряду с фибробластами вокруг сосудов располагаются лимфоидные клетки, эозинофилы и единичные полиморфно- ядерные лейкоциты.

Вокруг мелких эхинококковых кист, в отличие от гигантских кист, фиброзная капсула

обычно меньше за счёт менее развитой грубоволокнистой соединительной ткани. При осложненном эхинококкозе с нагноением - фиброзная капсула обычно утолщена и обильно инфильтрирована полиморфно-ядерными лейкоцитами.

Внутренний слой капсулы, прилегающий к паренхиме печени, не имеет четких границ и представлен грануляционной тканью, богатой кровеносными сосудами и здесь выявляются множество лимфоцитов, фибробластов и эозинофилов.

Структура печени в переходной зоне претерпевает значительные изменения. Гепатоциты расположены беспорядочно и довольно плотно. В этой зоне атрофические процессы в паренхиме выражены в максимальной степени.

Белково-жировая дистрофия гепатоцитов более выражена в ближайших к эхинококку участках паренхимы, не наблюдается некробиоз и некроз отдельных гепатоцитов.

В портальных трактах с расширенными полнокровными сосудами наблюдается значительная воспалительная инфильтрация, состоящая из лимфоцитов и эозинофилов. Массивный воспалительный инфильтрат распространяется на стенки желчных протоков, главным образом портальных. В дольках отмечаются очаги стаза и желчные тромбы. В перипортальных зонах наблюдается пролиферация звездчатых ретикулоэндотелиоцитов.

При нагноении эхинококка в близлежащих участках печени обнаруживаются микроабсцессы. Изучение строения фиброзной капсулы вокруг эхинококковых кист в различных возрастных группах показывает, что в молодом и среднем возрасте она значительно инфильтрирована воспалительными элементами и фибробластами. В прилегающей к паренхиме участке дистрофические и атрофические процессы развиты слабо. У больных пожилого и особенно старческого возраста с неосложненным эхинококкозом, преобладанием крупных и гигантских кист были значительно выражены дистрофические и атрофические изменения гепатоцитов. В фиброзной капсуле количество сосудов значительно меньше, в основном она состоит из атрофированной печеночной ткани и коллагеновых волокон.

Заключение. Таким образом, как показали морфологические исследования, наиболее выраженным изменениям подвержена ткань печени в зонах, находящихся в непосредственной близости к эхинококковой кисте. Это проявляется как нарушением балочного строения печени, так и дистрофическими изменениями самих гепатоцитов. На отдаленных участках паренхимы печени

при эхинококковых кистах мелкого и среднего размера обнаруживаются незначительные дистрофические изменения гепатоцитов, в то время как при гигантских кистах эти изменения более выражены и носят диффузный характер, что требует от хирурга тщательной предоперационной подготовки.

Литература:

1. Ахмедов Р. М. и др. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т. 15. – №. 3. – С. 99-104.
2. Ахмедов Р.М., Хамдамов Б.З., Мирходжаев И.А. «Хирургия осложненного эхинококкоза», монография, г.Бухара, 2016, 180 стр.
3. Комилов С.О., Мирходжаев И.А., Хикматов Ж.С. - «Оптимизация методов хирургического лечения множественных и рецидивных форм эхинококка печени»- Илмий рефератив, маърифий-маънавий журнал. “Тиббиётда янги кун”, № 4 (32) Avicenna MED UZ, 2020, 643-645 бет.
4. Комилов С.О., Мирходжаев И.А., Хикматов Ж.С. Оптимизация методов хирургического лечения множественных и рецидивных форм эхинококка печени //Новый день в медицине, 2021, №4 (32), с 643-645;
5. Мирходжаев И.А. «Влияние липосомальной формы альбендазола на развитие экспериментального эхинококкоза печени» //Проблемы биологии и медицины, 2021, №1 (125), с 138-141;
6. Мирходжаев И.А. Влияние многослойных липосом на течение экспериментального эхинококкоза печени //Проблемы биологии и медицины, 2022, №1 (134), с 123-125.

7. Сахибова З. Р., Ахмедова М. А. К. Комплексная диагностика и хирургическое лечение осложненных форм эхинококкоза печени //Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences. – 2021. – Т. 1. – №. 8. – С. 203-212.

8. Шабунин А. В., Тавобилов М. М., Карпов А. А. Эхинококкоз печени: эволюция хирургического лечения //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2021. – №. 5. – С. 95-103.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПАРЕНХИМИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

Комилов С.О., Мирходжаев И.А.

Резюме. Проведенным исследованием прижизненных морфологических структур печени при различных размерах и локализации гидатидозных кист печени в разных возрастных группах больных выявило следующее: наиболее выраженным изменениям подвержена ткань печени в зонах, находящихся в непосредственной близости к эхинококковой кисте. Это проявляется как нарушением балочного строения печени, так и дистрофическими изменениями самих гепатоцитов. На отдаленных участках паренхимы печени при эхинококковых кистах мелкого и среднего размера обнаруживаются незначительные дистрофические изменения гепатоцитов, в то время как при гигантских кистах эти изменения более выражены и носят диффузный характер, что требует от хирурга тщательной предоперационной подготовки.

Ключевые слова: эхинококк печени, морфологические исследования паразитарных кист, возрастные группы.