

2. Требуется дальнейшие организационные усилия для более ранней госпитализации больных пожилого возраста с острым и хроническим холециститом.

3. Причины летальных исходов у пожилых больных в определенной степени зависят и от тактики лечебного учреждения в отношении острого холецистита. При условии ранней операции главную опасность представляют осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев М. Н., Шевченко В. С. В кн.: Хирургия желчевыводящих путей. Киев, 1968.—2. Кузьмин И. В. Хирургия, 1968, 3.—3. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящих путей. Медгиз, М., 1963.—4. Остроумов З. Г. В кн.: Острый холецистит. Л., 1966.—5. Петров Б. А., Гальперин Э. И. Хирургия внепеченочных желчных протоков. Медицина, М., 1971.—6. Шабанов А. Н., Микиртумов С. М., Татевосян А. С. Хирургия, 1969, 8.—7. Шалимов А. М., Бруснигина М. П., Закашанский И. Б., Дробязко В. С., Решетняк К. К. В кн.: Хирургия желчевыводящих путей. Киев, 1970.—8. Хромов Б. М. Тез. докл. VI пленума правления хир. общества. Л., 1956.—9. Lauste L. W. Vingt-troisieme Congress Societe Intern. Chirurgie. Buenos Aires, 1969, 206.—10. Hess W. Die Erkrankungen der Gallenwege und des Pankreas. Stuttgart, 1961.

УДК 616.36—002—036.92—616—071

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАТЯЖНЫХ ФОРМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

В. С. Шмелева, В. Н. Безносова

Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. С. Н. Соринсон) Горьковского медицинского института, хирургическое отделение городской клинической больницы № 35 (главврач — А. А. Чернова)

С 1963 по 1970 г. мы наблюдали 308 больных с затяжным течением вирусного гепатита, что составляет 10,10% общего количества взрослых больных, лечившихся в инфекционных стационарах г. Горького. Наибольшие диагностические трудности представляет холестатический вариант затяжного течения, встретившийся у 2,12% всех больных вирусным гепатитом и у 10,13% больных затяжной формой.

Приводим выписки из историй болезни 3 больных с затяжным течением вирусного гепатита с преобладанием симптомов внутрипеченочного холестаза, когда доступные методы исследования не дали оснований исключить опухолевый характер желтухи; потребовалась диагностическая лапаротомия, причина холестаза была установлена благодаря оперативному вмешательству.

Л., 34 лет, поступила на 12-й день болезни и 5-й день желтухи. Преджелтушный период сопровождался диспепсическими симптомами, зудом кожи, артралгиями. Желтушный период протекал с выраженной желтухой, ахалией, постоянным зудом кожи, субфебрилитетом, уртикарной сыпью, болями в суставах. Печень пальпировалась на 2 см ниже реберной дуги, прощупывался край селезенки. Симптомы общей интоксикации были слабо выражены и проявлялись в незначительной слабости и снижении аппетита. Билирубинемия держалась на уровне 10—14 мг% с преобладанием связанной фракции. Активность АсАТ и АлАТ — 216/288 ед., в последующем — 50/59 ед. Диспротеинемия с увеличением β - и γ -глобулинов. Щелочная фосфатаза — 24,1 ед. При пункционной биопсии обнаружена мелкокапельная жировая дистрофия печеночных клеток, наличие в печеночных клетках и желчных ходах большого количества желчных пигментов, пролиферация и разрастание соединительной ткани на периферии долек. Дуоденография патологии не выявила. Длительный холестаз, зуд, отсутствие эффекта от лечения (включая и преднизолон), повышение активности щелочной фосфатазы, умеренный лейкоцитоз и ускоренная РОЭ дали повод предположить высокую непроходимость желчных путей за счет рака печени.

Проведена диагностическая лапаротомия. Новообразования печени не обнаружено. В области ворот печени найдены увеличенные, воспаленные лимфатические узлы. Сделана биопсия печени. Выявлен резкий застой желчи в центре долек, мелко- и крупнокапельное ожирение клеток, разрастание соединительной ткани вокруг триад и внутри долек. Послеоперационный период протекал гладко. Л. состояла на диспансерном наблюдении в течение 3 лет. В настоящее время здорова.

У второй больной, 58 лет, холестатическая форма вирусного гепатита сопровождалась непостоянным увеличением желчного пузыря, что было расценено как положительный симптом Курвуазье. При диагностической лапаротомии был обнаружен гепатит, папиллит в области фатерова соска со значительным расширением общего желчного протока. Заболевание закончилось полным выздоровлением.

У третьей больной, 38 лет, было затяжное течение вирусного гепатита с холестатическим компонентом и с присоединением псевдотуморозного панкреатита. В связи с затяжным течением желтухи больной назначили преднизолон. Появление глюкозурии вначале расценивалось как осложнение гормонотерапии. В дальнейшем возникло подозрение на опухоль поджелудочной железы, и больная на 73-й день желтухи была переведена в хирургический стационар. Характерно, что при дуоденоскопии по медиальному контуру двенадцатиперстной кишки определялся дефект наполнения с нечеткими границами. В последующем появился симптом Курвуазье и асцит. На операции оказалось, что желчный пузырь увеличен. В области головки поджелудочной железы найдено нечеткое уплотнение 1×2 см. Микроскопия кусочка печени, взятого при операции, обнаружила фиброз с хронической воспалительной инфильтрацией и расширенными протоками и сосудами. Заболевание закончилось полным исчезновением желтухи и нормализацией функции печени. Симптомы диабета держатся стойко. Диспансерное наблюдение за больной в течение 4 лет после перенесенного заболевания позволило исключить рак головки поджелудочной железы. Имевшие место симптомы и длительный холестаз можно объяснить присоединением к клинической картине вирусного гепатита воспалительного процесса в поджелудочной железе псевдотуморозного характера.

Длительный внутрипеченочный холестаз, возникающий при некоторых формах вирусного гепатита, объясняют двумя факторами: во-первых, поражением самих гепатоцитов с нарушением проницаемости клеточных мембран и экскреции билирубина (холестатический гепатит, внутриклеточный холестаз); во-вторых, поражением холангиол с нарушением их проницаемости, диапедезом желчи, ее сгущением, образованием тромбов на уровне холангиол (холангиолитический гепатит) с возможной вторичной перихолангиолитической и перипортальной инфильтрацией. Кроме этого, длительный холестаз может быть связан с развитием регионарного лимфаденита в воротах печени, воспалительного процесса в области фатерова соска и присоединением псевдотуморозного панкреатита. В таких случаях дифференциальный диагноз вирусного гепатита с подпеченочными желтухами особенно труден и требует комплексного обследования инфекционистом и хирургом.

УДК 616.314—002

КАРИЕС ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ РАЗЛИЧНЫХ ГОРОДОВ РСФСР

Канд. мед. наук А. А. Горлов

(Москва)

Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о различии уровня стоматологической заболеваемости населения, проживающего в различных районах нашей страны. При этом подростковая группа населения оказалась фактически неизученной.

Нами в течение 1967—1969 гг. проведено специальное стоматологическое обследование лиц в возрасте от 15 до 18 лет в 3 городах Российской Федерации (в Москве, Саранске, Нальчике), отличающихся друг от друга в географическом и экономическом отношении. Всего было обследовано 8 886 чел., в том числе в Москве — 5 585, в Са-