

логии [4]. Прослеженные нами изменения вызваны, вероятно, стимуляцией печеночной ретикулоэндотелиальной системы и отражают мобилизацию защитно-приспособительных процессов в печени в ответ на имеющуюся токсемию.

О выраженности компенсаторно-приспособительных реакций печени при хроническом калькулезном холецистите может свидетельствовать и увеличение количества двуядерных гепатоцитов, а также возрастание числа клеток с крупными, резко гиперхромными ядрами и увеличенным ядерно-плазматическим коэффициентом. По-видимому, все это отражает усиление функциональной активности гепатоцитов, направленное на мобилизацию регенераторной способности печени. Отмеченные изменения гистофизиологических параметров, полученные с помощью морфометрии, также не имели закономерных и соответствующих проявлений в результатах биохимических анализов крови.

Таким образом, проведенные исследования показали в ряде случаев несоответствие между общепринятыми биохимическими показателями функционального состояния печени при желчнокаменной болезни, с одной стороны, и тяжестью и распространенностью поражений органа — с другой. Чаще всего в клинической практике недиагностируемыми следует считать воспалительные явления и изменения защитно-приспособительных процессов в печени, которые в сочетании с дистрофическим перерождением паренхимы остаются нераспознанными в 64% всех наблюдений. В целях усовершенствования диагностики и направленной терапии диффузных поражений печени при хроническом калькулезном холецистите клинико-лабораторные исследования необходимо дополнять прижизненным морфологическим изучением органа, в том числе и пункционной биопсией печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Морфометрия в патологии. М., Медицина, 1973.—
2. Блюгер А. Ф. Структура и функция печени при эпидемическом гепатите. Рига, 1964.—
3. Лебкова Н. П., Эльдарханова П. Ю., Колесова О. Е. Арх. пат., 1981, 2.—
4. Маянский Д. Н. Успехи совр. биол., 1979, 6.—
5. Палатова Л. Ф. Хирургические заболевания желчных путей, сопровождающиеся желтухой, их взаимосвязь с патологией печени. Автореф. докт. дисс., Пермь, 1977.—
6. Фишер А. Физиология и экспериментальная патология печени. Пер. с нем. Будапешт, 1961.—
7. Comagno J. Arch. Path. (Chicago), 1974, 97.—
8. Popper H., Schaffner F. Liver. Structure and Function. 1957, 4.—
9. Reichmann I., Wohlgemuth B. Zentralbl. Chir., 1971, 96.

Поступила 24 августа 1981 г.

УДК 616.381—002—003.236—076.5

ЦИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЧНЫХ ПЕРИТОНИТОВ

И. В. Пашаев, Л. С. Демкина

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. Г. Сахаутдинов) Башкирского медицинского института

Реферат. Исследования у 113 больных острым холециститом и желчным перитонитом выявили закономерные изменения фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов в сторону ее повышения в зависимости от распространенности перитонита. Этот показатель может служить диагностическим тестом для определения хирургической тактики.

Ключевые слова: желчный перитонит, нейтрофильные лейкоциты, фосфатазная активность.

Библиография: 3 названия.

Несмотря на быстрое развитие хирургии желчевыводящей системы в последние годы, частота желчных перитонитов и смертность от них остаются довольно высокими. Так, по данным Т. А. Малюгиной (1973) частота возросла в 9 раз, поскольку многие вопросы их диагностики являются еще нерешенными.

Для уточнения возможностей цитохимических методов исследования в клинической диагностике желчных перитонитов нами изучены показатели фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов у 113 больных с различными формами острых холециститов. Из них 48 лечились консервативно, 65 прооперированы, у 57 больных обнаружены различные формы желчного перитонита. Мужчин было 30, жен-

щин — 83, возраст — от 29 до 85 лет. Контрольную группу составили 26 здоровых лиц.

Определение фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов крови (ФАН) у оперированных больных производили до операции, на следующий день после нее, на 4-й и 8—15-й дни после операции.

У здоровых людей средняя величина ФАН составила $18,8 \pm 0,9$ ед. У всех 113 больных с различными формами острого холецистита при поступлении эта величина была равна $173,2 \pm 4,6$ ед ($P < 0,05$). У 65 экстренно оперированных больных при поступлении ФАН соответствовала $205,7 \pm 9,1$ ед ($P < 0,05$). На следующий день после операции активность фермента несколько увеличивалась и достигала $224,2 \pm 7,0$ ед ($P < 0,05$). В дальнейшем при благоприятном послеоперационном течении снижение активности фермента наступало на 4-й день ($147,6 \pm 6,5$ ед, $P < 0,05$) и 8—15-й день ($86,8 \pm 4,3$ ед, $P < 0,05$).

Значительное увеличение ФАН отмечается в группе больных с различными формами желчного перитонита, развившегося как осложнение острого холецистита. У больных этой группы (57 чел.) диагноз желчного перитонита был подтвержден во время операции и ФАН в среднем составила $230,7 \pm 7,7$ ед ($P < 0,05$). При динамическом наблюдении также констатировалась в первые послеоперационные дни некоторое увеличение показателя фосфатазной активности, а затем его постепенное снижение к 4-му и нормализация к 10—15-му дням после операции, если отсутствовали осложнения. У 4 больных наблюдалось тяжелое течение разлитого желчного перитонита, и во всех случаях фосфатазная активность длительное время держалась на высоких значениях — до клинических признаков улучшения состояния больного (от 250 до 298 ед).

Резкое увеличение активности фермента в начале заболевания указывает на значительные деструктивные изменения в желчном пузыре и распространение воспалительного процесса за пределы желчного пузыря при возникновении перитонита. В $\frac{2}{3}$ наблюдений отмечен параллелизм между увеличением ФАН и лейкоцитозом, на что указывают также и другие авторы [1, 3].

ВЫВОДЫ

1. Резкое повышение фосфатазной активности нейтрофильных лейкоцитов крови является ранним, тревожным признаком при острых деструктивных формах острого холецистита, осложненного желчным перитонитом.

2. С целью выяснения хирургической тактики определение фосфатазной активности нейтрофилов может быть рекомендовано для экспресс-диагностики при остром холецистите, осложненном желчным перитонитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галеев М. А., Пашаев И. В., Демкина Л. С., Ибрагимова Р. Ф. В кн.: Актуальные вопросы гнойной хирургии. Тезисы XIII республиканской конференции хирургов. Уфа, 1978.— 2. Малюгина Т. А. Желчный перитонит. М., Медицина, 1973.— 3. Шехов В. П., Сандалов Г. А., Заплатин В. В. В кн.: Актуальные проблемы патологии и хирургии желчевыводящих путей. Сборник научных работ. Свердловск, 1976.

Поступила 20 марта 1981 г.

УДК 616.346.2—089.87

СУБСЕРОЗНАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

И. П. Шатилов

Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. Ф. Ш. Шарафисламов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, Октябрьская центральная районная больница (главврач — Л. Г. Наумова)

Реферат. На основании 340 операций при деструктивных формах аппендицита показано, что субсерозная аппендэктомия как пластический метод перитонизации культи червеобразного отростка при остром воспалении надежно герметизирует и перитонизирует культю, не нарушая кровообращения в стенке слепой кишки, что