

в подвздошных областях с одной (у 2) и с двух (у 1 больного) сторон. Дренажирование срединной лапаротомной раны осуществлено у 18 больных, 36 чел. реоперированы по поводу гнойных осложнений в брюшной полости.

Наконец, мы можем отметить одну заслуживающую пристального внимания особенность: при некотором росте населения Удмуртии к 1971 г. до 1,5 млн. чел. число плановых резекций по поводу язвенной болезни сократилось со 180 в 1968 г. до 146 в 1971 г. и составило 9,7 на 100 000 чел. населения; за этот же период число прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки возросло со 162 в 1968 г. до 181 в 1971 г. Приведенные цифры говорят о том, что органам здравоохранения республики предстоит углубленное изучение вопросов профилактики и лечения язвенной болезни с непосредственным участием терапевтов, хирургов и участковых врачей. Конкретно в этом плане следует говорить об эффективности диспансерной работы с больными язвенной болезнью, комиссионном отборе больных на плановое оперативное лечение, плановости проведения профилактических и оздоровительных мероприятий.

Поступила 29 октября 1973 г.

УДК 616.366—002:616—056.3

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХОЛЕЦИСТИТА

Проф. И. А. Салихов, Л. Х. Салахов

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.—проф. И. С. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

С целью определения роли аллергического компонента в патогенезе острого и хронического холецистита нами проведены клинико-иммунобиологические и патоморфологические исследования. В качестве иммунобиологических тестов мы использовали реакцию пассивной гемагглютинации по Бойдену с тканевыми антигенами, реакции бласттрансформации, лейколиза и внутрикожные пробы с бактериальными аллергенами кишечной палочки, гемолитического стрептококка и стафилококка, протей мирабилис, синегнойной палочки и энтерококка, выпускаемыми Казанским НИИЭМ.

Под нашим наблюдением находилось 694 больных острым холециститом (мужчин — 117, женщин — 577). Более половины больных были старше 50 лет. Мы придерживались классификации форм холецистита, предложенной А. В. Гуляевым и А. В. Джавадяном (1962). С первичным приступом острого холецистита было 125 больных, со вторичным — 569. Боль в животе, являющаяся ведущим признаком острого холецистита, наблюдалась у 683 больных, отсутствовала только у 11. Рвота отмечена нами у 419 чел., напряжение мышц передней брюшной стенки — у 348, симптом Щеткина — Блюмберга — у 43; желчный пузырь пальпировался у 113. Количество лейкоцитов крови было на уровне 6500 у 115 больных, до 10 000 — у 250, до 15 000 — у 235; число нейтрофилов до 75 — у 210, до 80 — у 99, до 90 — у 195, свыше 90 — у 33. Палочкоядерный сдвиг до 8 и более обнаружен у 171 больного. У 87 чел. найдены желчные пигменты в моче, у 208 — уробилин. Амилаза в моче свыше 256 ед. выявлена у 30, 1024 ед. и больше — у 12. Увеличение активности амилазы в моче указывало на сочетанное поражение желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

78 больных были прооперированы. Показанием к срочной операции мы считаем острый холецистит с явлениями перитонита. Холециститиаз установлен у 53 больных, в сочетании с холедохолитиазом — у 13. Холецистэктомия произведена у 69 больных, холецистостомия — у 9, при этом катаральное изменение пузыря обнаружено у 20, флегмонозное — у 33, гангренозное — у 25. Операцию закончили наружным дренажированием общего желчного протока у 20 чел., дренажированием брюшной полости — у 58, а у 20 брюшная полость была ушита наглухо. В послеоперационном периоде больные, как правило, получали жидкости, антибиотики, сердечные и антигистаминные препараты и по показаниям — гормоны.

У 106 из 694 больных острый холецистит возник после заболеваний верхних дыхательных путей, гнойничковых заболеваний кожи и характеризовался тяжелым клиническим течением и значительными изменениями в стенке желчного пузыря (эозинофильная и лимфоидная инфильтрация, фибриноидный некроз стенок сосудов), которые трактуются многими авторами как наиболее частые морфологические проявления аллергического воспаления.

В контрольной группе из 102 чел. на внутрикожные пробы реагировали только 14. Из 106 больных холециститом положительные реакции выявлены у 76, чаще всего на аллергены гемолитического стрептококка — у 47 чел., кишечной палочки — у 41, стафилококка — у 32. С хроническим рецидивирующим холециститом было 60 больных, из них положительно реагировали 44. В группе больных острым холециститом пробы были поставлены 46 чел. До операции положительные реакции определены у 32 из них, после — у 28 ($P > 0,1$).

Следует отметить весьма существенные различия и изменения выраженности кожных аллергических реакций при повторном обследовании больных через месяц после оперативного вмешательства. Выявлено уменьшение числа положительных реакций до 10 ($P < 0,01$), что говорит об изменении иммунобиологической реактивности организма после удаления воспаленного желчного пузыря. Результаты кожных проб коррелировали с реакцией лейколизиса с теми же бактериальными аллергенами. В 42% наблюдений из дуоденального содержимого высевались ассоциации нескольких микробов, а в 51% выделена чистая культура. Наиболее часто выделялись штаммы стафилококка (у 48,7%), кишечной палочки (у 26%), энтерококка (у 23%). При посеве пузырной желчи рост микроорганизмов был получен в 58%, в 42% микрофлоры не выявлено. Среди высеянных микроорганизмов в 85% была обнаружена кишечная палочка.

Реакцию бласттрансформации лимфоцитов, выделенных из периферической крови, мы изучали у 54 больных холециститом и у 30 практически здоровых мужчин. Феномен трансформации установлен у 38 обследованных, а в контрольной группе — только у 3. Наибольший процент бласттрансформации выявлен на антиген из кишечной палочки — $67 \pm 6\%$, гемолитический стафилококк — $48 \pm 7\%$ и протей — $44 \pm 7\%$.

И. А. Массино и Т. Б. Толпегина при помощи реакции Бойдена нашли аутоантитела к антигену желчного пузыря у собак, а Р. Х. Бурнашева — у больных хроническим холециститом. Для обнаружения аллергических агглютинирующих аутоантител нами применялась реакция пассивной гемагглютинации (РПГА). Для выяснения специфической реакции, кроме антигенов желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, мы ставили реакции с антигенами из поперечнополосатой мускулатуры, мышцы сердца и головного мозга. Контрольную группу составляли 40 доноров (12 мужчин и 28 женщин в возрасте от 20 до 50 лет); у них аутоантитела не были обнаружены.

Из 34 больных хроническим холециститом в фазе ремиссии аутоантитела к антигену желчного пузыря найдены у 16, к антигену печени — у 8, положительные реакции при высоких титрах (1:256 — 1:1024) к антигену из желчного пузыря — у 5, к антигену же печени — только у 1.

Из 28 больных острым холециститом с анамнезом до 3 лет до операции аутоантитела к антигену желчного пузыря установлены у 11, к печени — у 4, причем с высоким титром — к антигену желчного пузыря у 7, а к антигену печени — только у 1. После операции положительные реакции к антигену желчного пузыря были у 7 чел., печени — у 3. Из 32 прооперированных больных острым холециститом с давностью заболевания свыше 3 лет аутоантитела к антигену желчного пузыря выявлены у 21, к печени — у 6. При постановке РПГА больным острыми холецистопанкреатитами аутоантитела к антигену желчного пузыря обнаружены у 23 из 30, к антигену печени — у 13 и поджелудочной железы — у 21.

Аллергическая перестройка организма может происходить под влиянием инфекционных заболеваний, скрытой эндогенной инфекции, ранее перенесенного приступа острого холецистита. Нельзя также исключить влияние микрофлоры кишечника и, в особенности, кишечной палочки. Повторное воздействие различных аллергенов может вызывать острый воспалительный процесс в желчном пузыре. Оценка результатов РПГА указывает на участие в патогенезе холецистита аутоаллергической сенсibilизации организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Толпегина Т. Б., Бурнашева Р. Х. Тер. арх., 1968, 7. — 2. Mastukura S., Shiroto A. Intern. Surg., 1966, 46.

Поступила 12 февраля 1974 г.

УДК 616.366—002:612.33

О ПРИСТЕНОЧНОМ ПИЩЕВАРЕНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Л. В. Дановский

Кафедра терапии №2 (зав. — доц. Р. Н. Хамидуллин) Казанского, ГИДУВа
им. В. И. Ленина. Научный консультант — проф. О. С. Раббиль

В клинической практике у больных хроническими холециститами нередко наблюдаются различные симптомы вовлечения в патологический процесс и тонкого кишечника. В настоящее время внимание клиницистов, изучающих патологию тонкой кишки, направлено на состояние пристеночного пищеварения. Классическая схема переработки пищи (полостное пищеварение — всасывание) в настоящее время заменена другой, состоящей из трех звеньев: полостное пищеварение — пристеночное пищеварение — всасывание. Всасывание самым тесным образом связано с пристеночным пищеварением,