

рактер. На 5-м и 6-м десятилетиях жизни у женщин камни встречаются почти в 5 раз чаще, чем у мужчин, а в возрасте 60—69, 70 лет и старше, когда камни выявляются наиболее часто, — только в 2,4 раза. Последнее соотношение равно соотношению женщин и мужчин в структуре населения. Иными словами, желчные камни у женщин и мужчин преклонного возраста встречаются с одинаковой частотой.

УДК 616.322—002.2—053.3:612.357

**Н. А. Черкасова, З. Х. Бжассо (Казань).**

#### **Изменения состава желчи у детей, страдающих хроническим тонзиллитом**

Изучено состояние желчевыводящих путей по данным биохимического исследования дуоденального содержимого у 63 больных хроническим тонзиллитом в возрасте от 5 до 14 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых детей того же возраста.

В анамнезе у большинства больных детей имелись указания на субфебрилитет, вялость, головную боль, утомляемость. У 34 детей были выявлены также симптомы, характерные для поражения билиарной системы: плохой аппетит, тошнота, иногда рвота, боли в животе непостоянного характера.

У 32 детей, больных хроническим тонзиллитом, нами обнаружены изменения биохимического состава желчи. Так, выявлена существенная разница между показателями липидов желчи у здоровых и больных детей ( $7,0 \pm 0,7$  г/л и  $3,2 \pm 0,6$  г/л;  $P < 0,001$ ). Концентрация хлоровой кислоты у здоровых детей была равна  $9,8 \pm 0,5$  г/л, у больных —  $7,6 \pm 1,6$  г/л (независимо от возраста больных и длительности заболевания). Содержание общего билирубина желчи у здоровых детей составляло  $494,2 \pm 80,4$  мкмоль/л, у больных хроническим тонзиллитом —  $157,3 \pm 53,7$  мкмоль/л ( $P < 0,001$ ). Отмечено повышение активности трансаминаз у детей этой группы по сравнению со здоровыми детьми.

Исходя из того, что выявляемая у большого числа больных хроническим тонзиллитом детей дисхолия может послужить предрасполагающим фактором к возникновению воспалительных изменений в желчевыводящих путях, мы считаем целесообразным расширить группу угрожаемых по холепатии детей для проведения соответствующих профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.

УДК 616.63—003.4—07

**И. Л. Федотов, Н. П. Федотова, А. Г. Рахманкулов, О. М. Горбунов (Куйбышев-обл.).**  
**О диагностике поликистоза печени**

Диагностика поликистоза печени до сих пор остается актуальной и далеко не разрешенной проблемой. Отсутствие патогномичных признаков часто ведет к ошибкам в диагнозе. И только при оперативном вмешательстве или на аутопсии открывается истина. Поэтому отдельные клинические наблюдения представляют интерес.

А., 52 лет, поступила в терапевтическое отделение медико-санитарной части 16/III 1979 г. с жалобами на чувство тяжести в эпигастрии, периодическое вздутие живота, запоры, общую слабость, дрожание рук, похудание, повышенную раздражительность, потерю трудоспособности.

Считает себя больной около 10 лет, неоднократно получала лечение амбулаторно по поводу обострения хронического холецистита. Состояние значительно ухудшилось за последние 4—5 мес. Перенесенные заболевания: в детстве — сыпной тиф, неврит слухового нерва, воспаление легких; в 1960 г. подверглась операции по поводу правосторонней внематочной беременности; была на лечении в стационаре по поводу гастрита. Желтухи, изменения цвета мочи и кала ранее никогда не отмечала. Мать больной умерла от кровоизлияния в мозг, отец — в старческом возрасте. Имеет здоровую дочь.

Общее состояние удовлетворительное. За последние 2 мес. А. похудела на 6 кг. Кожные покровы бледны, тургор их снижен. Сердце и легкие без патологии. Пульс 86 уд. в 1 мин, АД 16/8 кПа (120/60 мм рт. ст.). Язык обложен белым налетом. В эпигастральной области и несколько правее пальпируется плотно-эластическое образование 8×8 см, неподвижное, умеренно болезненное. Левая доля печени выступает на 2—3 см из-под края реберной дуги. Селезенка, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Больная возбуждена, отмечается тремор кистей вытянутых рук. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Симптом Грефе положительный (заключение эндокринолога — диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз II ст.). Предварительный диагноз при поступлении в стационар — подозрение на рак желудка. Анализ крови: эр.  $3,6 \cdot 10^{12}$  в 1 л, Нб 1,8 ммоль/л, л.  $7 \cdot 10^9$  в 1 л, СОЭ 25 мм/ч, сулемовая проба — 1,4 мл. Общий белок, белковые фракции, билирубин, холестерин и сахар крови, активность амилазы и данные общего анализа мочи в пределах нормальных показателей. Реакция Кацони отрицательная. При рентгенокопии грудной и брюшной полостей патологических теней не обнаружено. Желудок нормотоничен, формы удлиненного крючка. Рельеф слизистой оболочки без патологии. Стенки желудка эластичные, контуры ровные, четкие. Смещаемость и эвакуация не нарушены. Луковица и подкова двенадцати-

перстной кишки без особенностей. При эзофагогастродуоденоскопии органической патологии не найдено. Ирригоскопия также не выявила патологических отклонений.

На сканограмме с  $^{198}\text{Au}$  форма печени неправильная (рис. 1). Большая часть функционирующей ткани располагается книзу и вправо от мечевидного отростка. В центре правой доли по всему нижнему краю имеется массивная зона дефекта поглощения; накопление препарата в указанной зоне почти полностью отсутствует. Создается впечатление «отсутствия» левой доли.

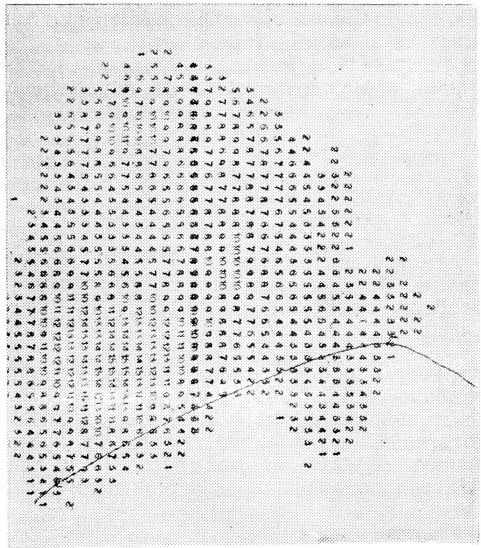


Рис. 1. Сканограмма печени.



Рис. 2. Биоптат печени.

Заключение консилиума: дифференцировать рак печени с эхинококкозом.

4/V 1979 г. больная переведена в клинику госпитальной хирургии для дальнейшего обследования и лечения. 10/V 1979 г. произведена верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов. Вся ткань левой доли печени замещена большим количеством мелких кист от 0,3 до 1 см в диаметре, содержащих светлую прозрачную жидкость и сливающихся в виде огромного дольчатого образования. Правая доля представляет участки сохранившейся ткани печени, чередующиеся с кистозными образованиями. Биопсия. На разрезе ткань печени в виде «пчелиных сот» чередуется с участками фиброза и скопления кист. Рана послойно ушита наглухо. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 10-й день сняты швы, на 12-й день А. выписана на амбулаторное лечение. Результаты лабораторных анализов после операции без особых отклонений от нормы.

Патогистологическое исследование: сочетание эктазий средних и мелких желчных протоков с поликистозом печени. Эпителиальная выстилка кист по своему строению сходна с эпителием желчных протоков. Вокруг кист и эктазированных протоков — явления хронического воспаления и очаговые некрозы, в ткани печени — явления холестаза и гепатита. В межкистозном пространстве отмечается усиленное развитие соединительной ткани фиброзного характера (см. рис. 2).

Таким образом, у больной до операции не был точно установлен диагноз. При обнаружении на сканограмме описанных изменений необходимо учитывать в дифференциальной диагностике возможность поликистоза печени. Только лапаротомия с последующим морфологическим исследованием дает возможность установить окончательный и полный диагноз.

Особенности наблюдения: склонность к обострению в течение 10 лет, изолированность поражения, отсутствие печеночной недостаточности.

Исходы лечения и прогноз при поликистозе печени неблагоприятные. Однако благодаря высоким компенсаторным свойствам печени страдающие поликистозом могут в течение длительного времени оставаться практически здоровыми.

УДК 616.366—002:616.316.5—008.8

Г. Ф. Борисов, В. И. Колобаев, В. М. Сурин (Саранск).

Коэффициент  $\text{Na/K}$  слюны околоушных желез у больных холециститом

Проведено определение коэффициента  $\text{Na/K}$  слюны, полученной из околоушных желез в результате дозированного раздражения слизистой оболочки полости рта растворами лимонной кислоты, у 43 больных хроническим холециститом в фазе обост-