

## СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОЛЯРОГРАФИИ КРОВИ С ДАННЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*В. Н. Воронин, Н. Ш. Шамсутдинов*

*Кафедра хирургических болезней лечебного факультета (зав.— проф. И. А. Салихов), кафедра патологической анатомии (зав.— проф. В. А. Добрынин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, городская клиническая больница № 1 имени проф. А. Г. Тергулова (главврач — А. А. Абдулахков) г. Казани*

Мы произвели сравнительную оценку результатов полярографического анализа сыворотки крови с послеоперационными находками и данными гистологического исследования тканей желчного пузыря и биоптатов печени у больных острым холециститом. Такое сопоставление проведено у 35 больных, оперированных по поводу острого холецистита, и у 2 умерших; причем у 19 острый холецистит был осложнен желтухой. Возраст больных колебался от 30 до 80 лет, женщин было 34, мужчин—3. Предоперационный диагноз ставили на основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и биохимических исследований, данных полярографического анализа сыворотки крови, а у 6 больных—по результатам лапароскопии. У всех больных клинический диагноз был подтвержден операционными находками и результатами морфологического исследования тканей желчного пузыря и печени.

Полярографическую активность сыворотки крови исследовали в динамике до операции, на 7—10, 12—15, 17—20-й и в последующие дни послеоперационного периода по методике И. Д. Мансуровой и Н. Д. Рудневой [1] в нашей модификации [2]. Параллельно в те же сроки проводили клинический и биохимический анализы крови и мочи, исследовали содержание общего белка и белковых фракций крови, ставили сулемовую и тимоловую пробы, определяли активность АЛТ, АСТ, ЩФ, альдолазы крови и амилазы мочи. Биопсийный материал, взятый пункцией во время операции из левой или правой доли печени, и удаленный желчный пузырь фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, затем заливали в парафин, делали срезы, которые окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Результаты исследования полярографической активности сыворотки крови у больных острым холециститом показали резкое повышение I степени и параметра  $h_z$  полярограммы у 16 из 17 больных, повышение II степени — у 13.

У 18 из 19 больных острым холециститом, осложненным желтухой, обнаружено повышение I степени полярограммы, у 14 — II степени и у 16 — параметра  $h_z$ .

После операции у 32 из 35 больных и у 2 на аутопсии найдены камни в желчном пузыре; у 3 конкрементов не обнаружено.

Гистологическое исследование ткани желчного пузыря выявило у 12 из 17 больных холецистит флегмонозной и у 4—гангренозной формы, у одного—водянку желчного пузыря. Среди больных острым холециститом, осложненным желтухой, у 6 был обнаружен холецистит катаральной, у 12—флегмонозной и у одного—гангренозной формы.

Сопоставление результатов полярографии с данными морфологического исследования ткани желчного пузыря позволило установить определенный параллелизм между показателями высоты полярограмм и выраженностью воспалительных изменений в желчном пузыре. Наибольшие показатели высоты, в частности ее I степени и параметра  $h_z$ , были у больных с деструктивными формами холецистита (табл. 1 и 2). Однако между показателями II степени и степенью деструктивного процесса в желчном пузыре, особенно при осложненном холецистите, такой взаимосвязи не обнаружено. В то же время сопоставление показателей II степени полярографической волны с морфологической картиной печени вызвало зависимость показателей II степени от тяжести клинического течения заболевания и длительности печеночного анамнеза.

Морфологическая картина ткани печени у этих больных (8 чел.) характеризовалась отеком стромы, пролиферацией купферовских клеток, наличием круглоклеточных инфильтратов по ходу сосудов, белково-жировой дистрофией. Напротив, у больных с первичным приступом холецистита (9 чел.) на фоне небольшого отека стромы имели место белковая дистрофия гепатоцитов, незначительная пролиферация купфе-

Таблица 1

Средние показатели высот I ступени и параметра  $h_3$  полярограмм больных острым холециститом

Формы холецистита	п	Высоты ступеней, мм	
		$h_1$	$h_3$
Флегмонозный . . . . .	13	38,7	4,7
Гангренозный . . . . .	4	46,8	5,1
Контрольные данные	20	30,0	2,5

Таблица 2

Средние показатели высот I ступени и параметра  $h_3$  полярограмм больных острым холециститом, осложненным желтухой

Формы холецистита	п	Высоты ступеней, мм	
		$h_1$	$h_3$
Катаральный . . . . .	6	34,7	3,9
Флегмонозный . . . . .	12	40,0	4,7
Гангренозный . . . . .	1	49,4	7,0

лярограмм, выраженностью деструктивного процесса в желчном пузыре, с одной стороны, и морфологическими изменениями в печени и показателями высот II ступени — с другой.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Мансурова И. Д., Руднева Н. Д. Лабор. дело, 1966, 2, 84.— 2. Салихов И. А., Воронин В. Н., Золкин Н. Н. Казанский мед. ж., 1983, 4, 267.

Поступила 27.09.85.

УДК 616.366—002.1—089.8—053.9

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

О. С. Кочнев, И. А. Ким, В. Н. Коробков, Б. Х. Ким, Е. И. Муравьев

Кафедра неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В литературе до сих пор дискутируются вопросы лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. Одни хирурги [2, 6] рекомендуют консервативное лечение и лишь в крайних ситуациях при развитии перитонита—оперативное вмешательство. Другие же, наоборот, считают необходимым расширить показания к экстренным операциям [3—5]. Большая же часть хирургов придерживается так называемой активно-выжидательной тактики.

Накопленный в клинике неотложной хирургии Казанского ГИДУВа опыт лечения 2001 больного острым холециститом, из которых 802 пациента прооперированы на различных сроках с момента поступления, показал необходимость их разделения на 3 группы: с осложнениями, связанными непосредственно с воспалительным процессом в желчном пузыре—перфорацией, перитонитом, перивезикулярным абсцессом (1-я группа), с сопутствующими заболеваниями, значительно отягощающими течение основного процесса, затрудняющими диагностику и лечение (2-я группа); отдельную (3-ю группу) составили больные пожилого и старческого возраста.

В данной работе нами освещены вопросы хирургической тактики применительно к больным острым холециститом старше 70 лет, так как данная категория больных наиболее трудна в плане диагностики, выбора метода лечения и сроков оперативного