

ՈՉ ԿԼՈՍՏՐԻԴԻԱԿԱՆ ԱՆԱԷՐՈԲ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՓԱՓՈՒԿ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ՊՐՈՑԵՍՆԵՐԻ
ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ՄԵՋ

Փափուկ հյուսվածքների թարախային հյուսվածքներով 220 հիվանդների մոտ կատարվել են բակտերիոլոգիական քննություններ, որից 142 հիվանդների մոտ հայտնաբերված է ոչ կլոստրիդիալ միկրոբներ զուգակցված աչրոբների հետ:

Անաչրոբային մեթոդների օգնությամբ խիստ և ֆակուլտատիվ անաչրոբների հայտնաբերումը, որը թույլ է տալիս անցկացնելու էթիոտրոպ բուժում, բացում է նոր հեռանկարներ թարախային վիրաբուժական ինֆեկցիաների դեմ պայքարելու համար:

S. S. HOVANESSIAN, N. A. TARVERDIAN

THE ANTICIPATION OF NONCLOSTRIDAL ANAEROBIC INFECTION
IN THE PURULENT PROCESSES OF THE SOFT TISSUES

The bacteriologic study of 220 patients with purulent inflammatory processes of the soft tissues has been carried out.

In 142 patients it has been revealed nonclostridal microflora pure or combined with anaerobes.

With the help of anaerobic methods there are revealed obligate and facultative anaerobes, which allow to conduct the etioproptic treatment and to find out new ways of the control of purulent surgical inflammations.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кочеровец В. Н., Столбовой А. В. В кн.: Современная госпитальная инфекция Л., 1980, с. 70.
2. Петров В. П., Рыжова А. К., Железнова Е. П. Хирургия, 1983, 7, с. 11.
3. Столбовой А. В. Кочеровец В. Н. Хирургия, 1981, 5, с. 29.
4. Perment M. Acta chir. Belg., 1978, 77, 1, 29.

УДК 616.32—008.5

С. Е. ВОСКАНЯН, Х. А. АНАПИОСЯН, В. Г. ОГАНЕСЯН,
Э. А. ДЖАНГИРОВ, В. С. ВОСКАНЯН

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА
ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Изучены изменения некоторых биохимических показателей дуоденального содержания и желчи при механической желтухе.

Проведенные исследования свидетельствуют, что наряду с общеклиническими методами исследование биохимического состава желчи, особенно холатов, является более чувствительным тестом при оценке функционального состояния печени.

В настоящее время заболевания желчного пузыря и желчных путей составляют 40% [2, 4].

Обтурационная желтуха может быть обусловлена желчнокаменной болезнью, рубцовыми сужениями желчных путей, индуративным панкреатитом, раком головки поджелудочной железы, рубцовыми изменениями большого дуоденального соска, раком желчного пузыря и протоков и т. д. Наиболее частой причиной обтурационной желтухи является механическая закупорка вне- и внутрипеченочных желчных протоков на почве желчнокаменной болезни. Из-за сложности дифференциальной диагностики больные механической желтухой часто госпитализируются в инфекционные отделения.

По данным О. С. Шкроба [5], механическая желтуха вызывает глубокие и часто необратимые изменения в печени, почках, поджелудочной железе, желчных путях, а также сердечно-сосудистой системе. Летальность при этой патологии все еще остается достаточно высокой 16,7—49% [5].

Общезвестно, что при механической желтухе на почве холелитиаза нарушается функция печени. Принимая во внимание это обстоятельство, мы решили изучить изменения некоторых биохимических показателей дуоденального содержимого и желчи при данной патологии, тем более что вопрос этот освещен в литературе неполно, а принятые общеклинические тесты для оценки функционального состояния печени недостаточно чувствительны. За 1984—1986 гг. нами исследовано 260 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой (женщины 185, мужчин 75). С давностью заболевания до 1 года было 15, 1—5 лет—85, 5—10 лет—57, 10—15 лет—83 и более 15 лет—20 больных.

Больные были распределены на 2 группы: I группа—больные, страдающие желчнокаменной болезнью, поступившие в стационар без желтухи, но с желтухой в анамнезе (32), II группа—поступившие со стойкой выраженной желтухой кожи и наружных покровов (26). У этих (58) больных был изучен биохимический состав желчи и сока двенадцатиперстной кишки.

В дуоденальном содержимом и желчи определяли основные компоненты: холестерин—по Энгельгард-Смирновой, билирубин—по Олдрич Бледзоу фотоэлектроколориметрическим методом. Микроскопически изучались состав и изменение дуоденального сока в различных порциях, при этом особое внимание обращалось на состав пузырной порции, где были выявлены лейкоциты (5—15 в п. зрения), билирубинат кальция, кристаллы холестерина, эпителий желчных путей. У больных I группы содержание билирубина в порции А составляло 21,3, в порции Б—266, в порции С—20,3 мг% против 20,5, 319, 23,2 мг% в контроле. Это свидетельствует о значительном уменьшении количества билирубина, особенно в пузырной порции. Содержание холестерина у больных этой группы в различных порциях соответственно составило 32, 95, 35 против 35, 86, 30,3 в контроле. Это говорит о том, что содержание холестерина в соке двенадцатиперстной кишки сохраняется в пределах нормы. Количество холатов в различных порциях соответственно составило 70,7; 197, 61,4 против 193,4, 453 и 144 в контрольной группе. Это сви-

детельствует о снижении содержания холатов по сравнению с нормой.

При исследовании желчи из желчного пузыря и желчных протоков выявлено снижение количества холатов, что, вероятно, можно объяснить склеротическими изменениями стенки пузыря. Необходимо отметить, что уменьшение количества холатов наблюдалось чаще у больных механической желтухой, которые неоднократно отмечали желтуху в анамнезе.

Полученные данные показывают, что в комплексе с общепринятыми биохимическими и морфологическими исследованиями анализ изменения метаболизма желчных кислот дает возможность более точно диагностировать гепатоцеллюлярную недостаточность, прогнозировать ее течение в послеоперационном периоде.

Бактериологическое исследование желчи, взятой из общего желчного протока, проведено у 32 больных (у 28 механическая желтуха была обусловлена наличием камня в холедохе, у 4 — опухолью головки поджелудочной железы). Наши наблюдения показали, что в 35% случаев в желчи обнаруживается грамотрицательная условно-патогенная микрофлора. Это обстоятельство учтено при ведении послеоперационного периода у больных данной группы. У больных второй группы (26) средняя арифметическая билирубина, холатов в пузырной желчи, взятой на операционном столе, значительно понижена.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что наряду с общеклиническими методами исследования необходимо проводить исследование биохимического состава желчи.

Кафедра хирургических болезней № 1
Ереванского медицинского института

Поступила 11/XII 1985 г.

Ս. Ե. ՈՍԿԱՆՅԱՆ, Խ. Ա. ԱՆԱՓԻՈՍՅԱՆ, Է. Զ. ԶԱՆԳԻՐՈՎ,
Վ. Զ. ՀՈՎՀԱՆԵՍՅԱՆ, Վ. Ս. ՈՍԿԱՆՅԱՆ

ՄԵԽԱՆԻԿԱԿԱՆ ԴԵՂՆԱՆՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԼԵՂՈՒ ԲԻՈՔԵՄԻԱԿԱՆ
ԿԱԶՄԻ ՈՐՈՇ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

Ուսումնասիրված են մեխանիկական դեղնախտով բարդացած լեղաքարային հիվանդությամբ հիվանդների լեղու բիոքեմիական կազմի որոշ ցուցանիշներ:

Ստացված տվյալները հնարավորություն են տալիս ժամանակին արտորոշել և կանխորոշել հիվանդության ընթացքը վերոհիշյալ խմբի հիվանդների հետվիրահատական շրջանում:

S. Ye. VOSKANIAN, Kh. A. ANAPIOSSIAN, E. A. DJANGIROV,
V. H. HOVANESSIAN, V. S. VOSKANIAN

SOME INDICES OF BIOCHEMICAL COMPOSITION OF THE BILE IN PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE

The study of some indices of the biochemical composition of bile has been carried out in patients with cholelithiasis, complicated by mechanical jaundice.

The data obtained allow to diagnose and prognosticate timely the course of the disease in postoperative period in such patients.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Амелина О. П., Сысолятин А. А., Бородин Г. П., Головин С. В., Каршапов Ю. А. Хирургия. 1983, 7, с. 79.
2. Антоненков Г. М. Автореф. дисс. докт. М., 1974.
3. Петров Б. А., Гальперин Э. И., Иванов Н. Н. Хирургия, 1979, 4, с. 67.
4. Снисаренко Н. Н. Автореф. дисс. канд. Челябинск, 1966.
5. Шкроб О. С., Лопата В. В., Ветинеев П. С., Лозицкий С. А., Тацневский В. А., Егоров И. А., Таточенко К. В. Хирургия, 1982, 6, с. 34.

УДК 616.617—089

А. С. БАБЛОЯН

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕТОЧНИКА ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

Оперированы дети с врожденной обструкцией мочеточника дистопированной почки. Установлено, что хирургическая тактика зависит от причины обструкции мочеточника, локализации почки, степени морфофункциональных изменений и дисплазии паренхимы почки, сопутствующих пороков развития.

Вопросы хирургической коррекции нарушений уродинамики верхних мочевых путей при дистопии почек до настоящего времени остаются окончательно не решенными [1, 2, 3]. Мы наблюдали 29 детей с врожденной обструкцией мочеточника дистопированной почки (девочек—22, мальчиков—7). Гомолатеральная дистопия почки выявлена у 26, гетеролатеральная (перекрестная)—у 3 больных. Поясничная локализация почки установлена 16, подвздошная—7, тазовая—6 раз. У всех трех больных с перекрестной дистопией левая почка находилась справа от позвоночника в подвздошной области, причем у одной девочки имелось сращение полюсов почек. При поясничной дистопии почка имела бобовидную или похожую на нее форму. При этом у 14 детей имела ротация почки с медиальным смещением нижнего полюса и расположением лоханки на передней поверхности органа. В двух наблюдениях лоханка была сзади, а почка ротирована в обратном направлении. Чем ниже располагалась почка, тем больше она теряла свою типичную форму. При тазовой дистопии она представляла собой бесформенную массу с дольчатым строением, с вдавлениями от прилежащих органов и сосудов. Кровоснабжение дистопированной почки также было атипичным. При поясничной локализации органа во всех случаях четко выявлялись ворота почки с основными сосудами, кроме того, нередко наблюдались мелкие добавочные сосуды, идущие к полюсам почки. Чем ниже располагалась почка, тем больше выражалось ее аномальное кровоснабжение: сосуды подходили к органу со всех сторон, оплетали его тело, входили в различные участки по задней и передней поверхности, непосредственно погружаясь в паренхиму. Гистологические исследования удаленных почек (16) позволили установить дисплазию паренхимы в 14 случаях. Дисплазия паренхимы была выражена тем больше и чаще, чем ниже располагалась почка, и