14. Киселева Б. С., Солодова Т. Л., Шляпников В. Н., Сагеева О. Ф. Ж. микробиол., эпидемиол., иммунобиол., 1982, 9, с. 34
15. Магеррамов Б. Г. Азербайджанский мед. ж., 1983, 10, с. 18.
16. Мишень П., Викицкий И., Стрнад В., Трнка Л. Чехословацкая медицина, 1980, 2, с. 184.
17. Пермяков Н. К., Галанкина И. Е., Титова Г. П., Сенянская Н. Л. Арх. патол., 1982, 3, с. 19.
18. Секамова С. М., Бекетова Т. П. Там же, 1985, 12, с. 3.
19. Сидоренко К. П., Костерина Л. Д., Конев В. П. Тр. XIV научно-практической центральной научно-исследовательской лаборатории Омского государственного медицинского института. Омск, 1984, с. 69.
20. Скородумова Н. П., Пискунова Н. В., Пинук Н. И. Тез. докл. III Всесоюзн. научн. конф. детских патологоанатомов. Харьков, 1985, с. 253.
21. Стукс И. Ю. В кн.: Этиологический диагноз и этиотропная терапия острых пневмоний. Томск. 1980.
22. Цинзерлинг А. В. В кн.: Острые респираторные инфекции. Л., 1970.
23. Цинзерлинг А. В. Тез. докл. III Всесоюзн. научн. конф. детских патологоанатомов. Харьков, 1985, стр. 272.
24. Шустер Х. П., Шенборн Х., Лауер Х. В кн.: Шок. М., 1981, с. 75.
25. Vosnakova T., Yelova M., Nicolov N. A. Homeostasis Injury and Shock. Satell. Symp. 28th Int. Congr. Physiol. Sci., Budapest, 1980.
26. Они же. On Lung morphology in shock. Budapest, Oxford, 1981, 197.
27. Corrin B. J. Clin. Pathol., 1980, 33, 9, 891.
28. Kolmos H. J. J. Hosp. Infect., 1984, 3, 252.
29. Larkin S. M., Williams D. N., Osterholm M. T., Tote R. W., Posalaky Z. Ann. Intern. Med. 1982, 96, 6, 858.

УДК 616.36—002.2—089

В. Т. АПОЯН, Р. А. АХВЕРДЯН, Р. А. БАЛАЯН, Л. А. ГЕВОРКЯН,
Н. Н. БАБАЛЯН, Л. О. АРУТЮНЯН

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Изучены изменения печеночной ткани у больных с калькулезным холециститом и хроническим гепатитом. Цитологическим и гистологическим методами установлены степень и глубина поражения печени, что является показанием к корригирующим вмешательствам, стимулирующим регенеративные процессы в печени.

Хронический гепатит относится к числу заболеваний, лечение которых представляет большие трудности. Ограниченность средств терапевтического воздействия, их малая эффективность, длительность лечения, частый переход заболевания в цирроз делают проблему терапии гепатита весьма актуальной.

По данным ряда авторов [1, 2], переход в цирроз наблюдается при персистирующем гепатите у 10% больных, при агрессивном—от 3 до 60%, жировой гепатоз и холестатический гепатит также рассматриваются как предцирротическое состояние. Кроме того, по утвердившемуся в литературе мнению, желчнокаменная болезнь также вызывает глубокие изменения паренхимы печени, которые нередко становятся причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения этой распространенной патологии [3—5].

Исследования последних десятилетий, показавшие большие регенеративные возможности печени, стали предпосылкой к изысканию хи-

рургического лечения хронического гепатита. В настоящее время установлено влияние на стимуляцию регенерации печени таких оперативных вмешательств, как парциальная резекция печени, деструкция поверхности печени с помощью электро-, крио- и лазерного воздействия, резекция переднего нервного сплетения печеночной артерии. Последнее вмешательство обладает весьма многосторонним положительным влиянием на кровообращение в печени и обменные процессы.

В основу наших исследований легли наблюдения над 191 оперированным больным с заболеваниями печени и внепеченочных желчных путей. Первичным хроническим гепатитом и циррозом печени страдали 9 больных, желчнокаменная болезнь наблюдалась у 182. Мужчин было 57, женщин—134 в возрасте от 18 до 62 лет с давностью заболевания от 1 года до 22 лет.

У всех больных при поступлении собирался подробный анамнез, проводились общеклинические, лабораторные и различные современные инструментальные и другие исследования. У больных с предполагаемым поражением печени проводилась специальная предоперационная подготовка, направленная на улучшение состояния печени, профилактику послеоперационной печеночной недостаточности. С диагностической целью применялась эхография, которая давала информацию не только о наличии камней в желчном пузыре и протоках, но и о размерах печени, диффузном или очаговом ее поражении, о состоянии поджелудочной железы. Некоторым больным проводились реогепаграфия, сцинтиграфия, лапароскопия и другие исследования. Однако анализ результатов проведенных исследований показал, что они недостаточно информативны для постановки диагноза, а тем более для дифференциации хронического гепатита. Это послужило основанием для проведения интраоперационных цитоморфологических исследований с целью диагностики и определения дифференцированных показаний к хирургическому лечению как первичного гепатита, так и гепатита, сопутствующего заболеваниям желчных путей.

Всем оперированным больным по вскрытии брюшной полости проводился комплекс интраоперационных диагностических приемов, а затем биопсия печени в пределах ее III сегмента, то есть вдали от желчного пузыря во избежание получения ложных данных, обусловленных переходом воспалительного процесса с пузыря на ближайшие отделы печени. Для выполнения биопсии нами предложен специальный инструмент, облегчающий и ускоряющий бескровное взятие участка печени. До получения ответа цитоморфологических исследований производились холецистэктомия и необходимая коррекция патологии внепеченочных желчных ходов.

Мазки с биоптатов, а также пунктаты печени окрашивались и изучались цитологически. Параллельно проводилось срочное гистологическое исследование кусочков печени. Парафиновые срезы окрашивались гематоксилин-эозином, по Ван Гизону, на ДНК по Браше.

При исследовании препараты-отпечатки печеночной ткани были

богаты клеточными элементами, отличались постоянством клеточного состава, что делало возможным на основании выявленных структурно-морфологических изменений дифференцировать варианты хронического гепатита. Что касается изучения мазков пунктата, то оно показало, что скудность клеточного состава не всегда позволяет распознавать варианты хронического гепатита.

У 9 больных с первичным холестатическим гепатитом и начальными признаками цирроза произведены резекция переднего нервного сплетения, оментогепатодиафрагмопексия. У трех из них дополнительно произведена электрокоагуляция поверхности II и III сегментов.

Цитоморфологические исследования, произведенные у больных желчнокаменной болезнью, показали, что изменения дистрофического характера имелись у 38 (20, 8%) больных, у 83 (45, 4%) — персистирующий инфильтративный гепатит. Эти изменения трактовались нами как обратимые и каких-либо дополнительных к холецистэктомии вмешательств не требовали. Более грубые изменения печени в виде деструктивного, холестатического гепатита или жирового гепатоза выявлены у 62 (33, 8%) больных. Такие изменения в печеночной ткани требовали наряду с коррекцией патологии внепеченочных желчных путей дополнительных вмешательств, стимулирующих регенеративные процессы печени. Из них у 50 (I группа) больных наряду с удалением желчного пузыря, различными вмешательствами на общем желчном протоке, фатеровом соске были выполнены и операции для стимулирования регенеративных процессов и улучшения функционального состояния печени, всего 170 различных сочетаний. Характер оперативных вмешательств представлен в таблице.

Характер оперативного вмешательства	Число больных
1. Холецистэктомия:	36
а) резекция переднего нервного сплетения общей печеночной артерии в сочетании с оментогепатодиафрагмопексией;	24
б) резекция переднего нервного сплетения, электрокоагуляция поверхности II—III сегментов печени и оментогепатодиафрагмопексия.	12
2. Холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия:	11
а) резекция переднего нервного сплетения, электрокоагуляция поверхности печени, оментогепатодиафрагмопексия;	6
б) резекция переднего нервного сплетения, оментогепатодиафрагмопексия	5
3. Холецистэктомия, холедохолитотомия, папиллосфинктеротомия и пластика в сочетании с резекцией переднего нервного сплетения и оментогепатодиафрагмопексия.	3

У 47 оперированных больных выполнено наружное дренирование через пузырный проток. Подобное дренирование производилось также после холедохолитотомий, при этом рана ушивалась наглухо, а дренаж вводился через проток пузыря. У трех больных проведено двойное внутреннее дренирование, холедоходуоденоанастомоз и папиллосфинк-

теротомия, а также наружное дренирование. Как известно, дренирование желчных путей, способствуя снижению гипертензии в желчных путях, благотворно влияет на функциональное состояние печени. Кроме того, наличие дренажа позволяет санировать имеющийся холангит внутрипротоковыми инстилляциями антисептических растворов.

У 12 больных (II группа, контрольная) с грубыми изменениями в печени корригирующие операции не производили, ограничиваясь лишь устранением патологии внепеченочных желчных протоков.

Наблюдения показали, что в результате лечения у большинства больных наступило не только клиническое улучшение, проявившееся в уменьшении или исчезновении ряда субъективных признаков заболевания, но и произошли существенные положительные сдвиги в функционально-биохимических и других показателях. Изменения в субъективном статусе проявлялись в значительном ослаблении болевых ощущений, нормализации стула, исчезновении явлений дискомфорта в эпигастрии, а также других тягостных симптомов заболевания.

Объективные сдвиги выражались в исчезновении или уменьшении болезненности в области печени. При этом наблюдалось уменьшение размеров печени, которая одновременно становилась более мягкой и менее чувствительной к пальпации.

Оценивая результаты лечения, мы учитывали изменения лабораторных и других данных по отношению к исходным показателям. Из 9 больных, оперированных по поводу первичного хронического гепатита, прослежена судьба 5 больных. Состояние их было стабильно удовлетворительным, исчезли имевшиеся до операции ощущения тяжести, боли ноющего характера в правом подреберье, зуд, явления дискомфорта в эпигастрии, отмечена нормализация стула. Один больной с признаками цирроза продолжает лечиться в терапевтическом стационаре.

Естественно, что небольшое количество наблюдений не дает нам оснований для окончательных выводов, однако имеющиеся в литературе данные и наш опыт позволяют рекомендовать указанные вмешательства при лечении хронического гепатита и начальных форм цирроза.

Большой интерес представляет сравнительная оценка результатов лечения в двух группах больных с желчнокаменной болезнью: в группе с выявленными грубыми изменениями печени, где устранение патологии внепеченочных желчных путей сочеталось с различными корригирующими состоянием печени вмешательствами, и в группе, где подобные дополнительные операции не выполнялись.

Из больных I группы в сроки от 1 до 3,5 лет обследовано 36 человек. Состояние 34 из них было удовлетворительным. Субъективное состояние и данные объективных исследований, включая функциональные пробы печени, были в пределах нормы. Отмечено улучшение показателей гемодинамики печени по данным радиоизотопного исследования и реогепатографии. Двое больных продолжали жаловаться на умеренные боли в верхней половине живота после еды, которые мы связывали с имеющимся панкреатитом.

В контрольной группе (12 чел.), где при выявлении грубых изменений, корригирующих состояние печени, операций не производили не-

смотря на длительное лечение, включая санаторно-курортное, отмечены неудовлетворительные результаты. Девять из них продолжали жаловаться на чувство тяжести и боли в правом подреберье, диспептические расстройства, слабость и т. п. Причиной неудовлетворительных результатов у этих больных после холецистэктомии признан хронический гепатит. Шесть человек из девяти нами были повторно оперированы. После тщательного обследования, исключившего патологию со стороны других органов, которая могла бы обусловить наличие болей, была выполнена повторная операционная биопсия, подтвердившая наличие хронического холестатического гепатита. Тщательное интраоперационное обследование желчных путей и панкреатодуоденальной зоны патологии не выявило. Произведена резекция переднего первого сплетения общей печеночной артерии, оментогепатодиафрагмопексия, наружное дренирование общего желчного протока и катетеризация пупочной вены с последующей инфузией лекарственных веществ в течение 10—12 дней. Проведено лечение по принятой схеме: вначале в стационаре, затем на курорте Джермук. У всех 6 больных отмечено значительное улучшение. Исчезли болевые ощущения, диспептические расстройства. Состояние больных в течение всего периода наблюдения на протяжении 2—3 лет оставалось хорошим.

Как наши наблюдения, так и данные литературы позволяют заключить, что хронический гепатит может быть причиной болевого синдрома после холецистэктомии. Как известно, в большинстве классификаций постхолецистэктомического или болевого синдрома все причины его сводятся в 2 группы. В первую группу обычно включают причины, связанные с дефектами хирургической техники, а также с неустраненной патологией желчных путей, в основном просмотренными камнями магистральных протоков, стенозами фатерова соска, т. е. причины, которые хирург был обязан ликвидировать во время операции. Мы полагаем, что поскольку в арсенале хирурга имеются средства для воздействия на хронический процесс в печени, обеспечивающие обратное развитие гепатита, он должен в показанных случаях их применять. Вторую группу составляют сопутствующие поражения других органов и систем. Хронический гепатит логичнее включить именно в первую группу причин болевого синдрома.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступила 10/V 1986 г.

Վ. Բ. ԱՓՈՅԱՆ, Ռ. Ա. ՀԱԽՎԵՐԴՅԱՆ, Ռ. Ա. ԲԱՎԱՅԱՆ, Լ. Ա. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ,
Ե. Ն. ԲԱԲԱՎՅԱՆ, Լ. Օ. ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ

ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՀԵՊԱՏԻՏԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱՍՊԵԿՏՆԵՐԸ

Լյարդային հյուսվածքի տարբեր աստիճանի փոփոխություններ հայտնաբերվել են լեղաքարային հիվանդությանը և խրոնիկական հեպատիտով տառապող հիվանդների մոտ: Բջջաբանական և հյուսվածաբանական հետազոտություններով պարզվել է լյարդի ախտահարման աստիճանը և խո-

րությունը, որը և դիտվում է որպես ցուցում լյարդի վերականգնողական պրոցեսները կարգավորել միջամտութիւնների համար: Խթանող միջամտութիւնները, որ կատարվում են լեղապարկի հեռացմանը զուգընթաց, բարելավում են բուժման անմիջական և հեռակա արդյունքները:

V. T. APOYAN, R. A. HAKHVERDIAN, R. A. BALAYAN, L. A. GEVORKIAN,
N. N. BABALYAN, L. O. HAROUTYUNIAN

THE SURGICAL ASPECTS OF CHRONIC HEPATITIS

The changes of the hepatic tissue have been investigated in patients with calculous cholecystitis and chronic hepatitis.

By cytologic and histologic methods of investigation the degree and depth of the liver affection are established, which becomes the indication for the correcting intervention stimulating the regenerative processes of the liver.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бебуришвили А. Г. Алексеев Б. В. Пиковский Д. Л. В кн.: Хирургическое лечение хронического гепатита. Томск, 1982, с. 22.
2. Галеев А. М. Сафин И. А., Нигматуллин А. В. Хирургия, 1983, 1, с. 27.
3. Долецкий С. Я. Аюпян В. Г. Хирургия, 1969, 3, с. 92.
4. Милонов О. Б. Мовчун А. А. Хирургия, 1974, 9, с. 67.
5. Малле-Ги П. Вестн. хирургии, 1965, 11, с. 39.

УДК 616.233—002.2—08

В. Г. АМАТУНИ, Ж. П. АГАРОНЯН

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО БРОНХИТА, ВЫЗВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВИНИЛАЦЕТАТА И ПРОДУКТОВ ЕГО СИНТЕЗА

Выявлены особенности клинического течения хронического токсического бронхита, обусловленного воздействием винилацетата и продуктов его синтеза. Разработаны рекомендации по его ранней диагностике.

В отечественной и зарубежной литературе накопилось значительное количество работ по изучению хронического токсического бронхита [1, 6—8]. Однако исследований, посвященных одному из его этиологических вариантов, связанному с воздействием винилацетата (ВАц) и продуктов его синтеза, мы не обнаружили. В связи с этим нами поставлена задача изучить особенности клинического течения хронического токсического бронхита, вызванного воздействием химических факторов производства ВАц и продуктов его синтеза, а также разработать конкретные рекомендации по его ранней диагностике.

Среди неблагоприятных санитарно-гигиенических условий на заводе «Поливинилацетат» основным является хроническое воздействие комплекса химических веществ: ВАц, уксусной кислоты, альдегидов-жирного ряда (ацетальдегид, формальдегид, масляный альдегид) и метанола.