2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.:Медицина, 1985. 304 с.
3. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев; Госуд.медицинское изд-во УССР, 1963. 352 с.

УДК 616.611-002-056.3-092:616.153

Н.А.Серов, С.В.Сазонов, Э.А.Максимова, Н.К.Бродская, Н.Е.Валамина

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ И КОМПЕНСИРОВАННЫХ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ

Кафедра терапии N 1, морфологический отдел ЦНИЛ, Областной гастроэнтерологический центр

Дифференциальная диагностика хронического активного гепатита (ХАГ) и компенсированного активного цирроза печени (ЦПк) весьма затруднительна. Клинические проявления ХАГа и ЦПк практически тождественны [2,3,7]. В обоих случаях отсутствует проявления портальной гипертензия, выявляемые при эндоскопии пищевода и желудка или абдоминальном УЭН. В клинической картине у данной категории больных такие признаки, как умеренная гепатомегалия, субиктеричность, телеангиэктазии, проявления геморрагического синдрома в виде носовых, десневых кровотечений и петехий встречаются примерно с равной частотой [3]. Жалобы больных практически идентичны. Лабораторная диагностика также не позволяет разграничивать эти стадии прогрессирующих диффузных заболеваний печени (ХДЗП).

Как показали проведенные нами ранее исследования [5] белок -синтетической, одной из интегральных [3,4] функций печени с использованием таких показателей, как общий белок сыворотки, альбумины, гаммаглобулины, ПТИ, между данными параметрами в исследуемых группах больных достоверных различий не выявлено (табл. 1).

Таким образом, клинико-лабораторная дифференциальная диагностика ХАГ и ЦПк практически неосуществима. В то же время ЦП является несомненно более тяжелой и прогностически неблагоприятной стадией прогрессирующих ХДЗП, но в связи с высокой компенсаторной способностью печени не имеющей до определенного момента специфических клинико-лабораторных признаков. Поэтому, несомненный интерес представляет изучение количественных морфологических критериев, которые могут послужить опорными дифференциально-диагности- ческими тестами.

Целью данного исследования явилось изучение морфо-функцио-

Таблица 1

Лабораторные показатели больных ХДЗП (М±м)

Диагноз	Показатели			
	общий белок г/л	альбумины г/л	гаммаглобулины г/л	ПТИ%
норма n=25	76,8±0,63	48,6±0,70	13,2±0,30	95,0 ±l,2
ХАГ	78,4±1,06	39,5+0,70	31,4±1,12	72,9±1,9
ЦПк	77,3±0,85	38,2±0,81	20,2±0,91	68,8±1, 3
	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05

Примечание: Р - достоверность между группами больных ХДЗП

нального состояния печени и процессов регенерации у больных ХДГ и ЦПк.

Обследовано 37 больных ХАГ и 27 ЦПк вирусной этиологии в возрасте от 40 до 60 лет, не получавших иммуносупрессивной терапии. Проведено гистологическое и морфометрическое исследование гепатобиоптатов. Морфометрия проводилась с использованием 100-точечной сетки Г.Г.Автандилова [1] в 10 полях зрения на 5 срезах каждого больного (анализировалось 5000 точек). Определяли основные критерии морфо-функционального состояния гепатоцитов: индекс альтерации и ядерно-цитоплазматическое отношение. Регенераторные процессы в гепатецитах изучались с помощью метода проточной ДНК-цитометрии [6,8], позволяющей объективно оценивать как полиплоидизацию, так и синтетические процессы в клетке. На ДНК-гистограммах определяли плоидность клеток и их распределение по периодам митотического цикла. Контролем служили гепатобиоптаты лиц с интактной печенью.

Результаты морфометрического исследования гепатоцитов представлены в табл.2.

Таблица 2

Морфометрические показатели в печени больных ХДЗП (М±м)

Группа	*Р*	Индекс альтерации	Р	Ядерно-цитоплазматический индекс
Контроль		56,2±12,3		220,l±lO,4
ХАГ	<0,01	78,2±25,2	<0,01	169,5±30,5
ЦПк	<0,001		<0,01	150,2±31,7
Р*		<0,01		<0,05

Примечание: Р - достоверность различий сравниваемых показателей с контролем. Р* - достоверность различий показателей между собой.

Как следует иэ приведенных данных, индекс альтерации гепатоцитов достоверно выше, а ядерно-цитоплазматическое отнешние ниже в группе больных ЦПк, из чего следует, что степень дистрофических и некробиотических изменений печеночных клеток достоверно более выражена в группе больных ЦПк. Аналогичные данные получены при анализе ДНК-гистограмм (табл. 3).

Таблица 3

Результаты проточной ДНК-цитометрии гепатоцитов у больных диффузными заболеваниями печени

диагноз		CV	2C	2C-4C	4C	>4c
Норма		5,0±0,21	88,92±0,12	1,4±0,17	8,4±1,6	1,2±0,12
ХАГ		5,2±0,77	79,21±1,6	2,1±0,06 P<0,05	14,2±0,23 P<0,01	4,5±1,25 P<0,001
ЦП		5,7±0,17	66,1±2,17	3,2±0,39 P<0,05 *P<0,001	24,4±1,32 P<0,001 *P<0,001	8,0±0,92 P<0,05 *P<0,001

Примечания: обозначения как в табл. 2.

Количество диплоидных гепатоцитов (2с) достоверно меньше при ЦПк, а число тетраплоидных клеток (4е), гиперплоидных (>4е) и синтезирующих клеток (2С-4G) при данном варианте ХДЗП достоверно больше.

Полученные данные свидетельствуют, с одной стороны, о вираженности дистрофических процессов в паренхиме печени больных ЦПк в сравнении с ХАГ, а другой - более выраженной активации процессов клеточной регенерации, преимущественно за счет развития полиплоидизации гепатоцитов, в меньшей степени за счет митотической активности. Изученные показатели при ХДЗП могут, таким образом, играть существенную роль в дифференциальной диагностике гепатопатий, особенно в случаях малоинформатийных биопсий, в то время, когда клинико-лабораторные различия отсутствуют.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. Руководство. М.- Медицина, 1990. 384 с.
2. Мадьяр И. Заболевания печени и желчных путей. Будапешт. 1962. Т.II. 339 с.
3. Логинов А.С., Блок Ю.Е. Хронические гепатиты и циррозы печени. М.: Медицина, 1987. 272 с.
4. Подымова С.Л. Болезни печени. М.: Медицина, 1984. 480 с.
5. Серов Н.А. Нарушения системы гемостаза у больных хроническими диффузными заболеваниями печени и пути их медикаментозной коррекции: Автореф. дис.. канд. мед. наук. Челябинск, 1989. 20с
6. Givan A.L. Flow cytometry: first principles. New York.1992. 202 P.
7. Sherlock S. Diseases of the liver and biliary system. - Blackwell, 1989. 287 p.
8. Taylor W., Milthorpe B.K. An evaluation of DN\ fluorochromes, staining techniques and analysis for flow cytomctry//J.Histochem.Cytochem. 1980. Vol.28. P.1224-1232.

УДК 616.24-127

С.А.Чернядьев, Д.В.Айрапетов, З.И.Эйдлин

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра хирургических болезней N 2

В течение длительного времени желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и ее осложнения остаются одним из наиболее частых заболеваний органов брюшной полости. Большое распространение в хирургии ЖКБ получили малотравматичные методы лечения. Однин из способов уменьшения травматичности операции является уменьшение размеров операционного доступа. В нашей клинике сделано 108 минилапаротомных операций при ЖКБ. Применялся трансректальный разрез длиной 3-5 см в правом подреберье. Среди прооперированных было 9 мужчин и 99 женщин в возрасте от 16 до 82 лет, причем 33 пациента были старше 60 лет. В неотложном порядке прооперировано 24 человека, в плановом - 84. Сопутствующую патологию имели 54 % больных, из них 29 % - со стороны двух и более систем. Одному больному с гангренозным холециститом операция сделана при наличии острого инфаркта миокарда. Были выполнены следующие оперативные вмешательства: 78 пациентам - холецистэктомия; 28 - холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха (5 - по Холстеду, 23 - по Керу); двум - формирование холедоходуоденоанастомоза. Можно отметить ряд особенностей минилапаротомных операций. Основ-