

сфинктеротомию в связи с сохранением болевого синдрома и большим дебитом желчи по дренажу холедоха.

У больных, отнесенных к 4-й группе (20 чел.), были постоянный рост перфузионного давления, резкое замедление времени спада давления и высокое остаточное давление, а также значительное расширение желчных протоков. У одних отмечалась выраженная стриктура терминального отдела холедоха (им выполняли одну из дренирующих операций), у других — ущемленный камень БДС (при хорошей проходимости БДС после удаления камня операцию завершали наружным дренированием холедоха).

ВЫВОДЫ

1. Предлагаемый нами метод позволяет дифференцировать обратимые и необратимые изменения сфинктера.

2. Обратимые изменения лучше лечить с помощью дренажа холедоха, а необратимые — путем выполнения дренирующей операции на желчных путях (папиллосфинктеротомии или холедоходуоденоанастомоза).

3. С помощью рекомендуемого метода можно различать пациентов по функциональному состоянию сфинктера

Одди и ответной реакции на кислоту и выбирать адекватный метод лечения.

4. Перфузионная манометрия с сосочковой стимуляцией дает возможность достаточно точно определять патологию терминального отдела холедоха, обнаруживать более тонкие структурные и функциональные изменения БДС и кроме того, отображать в динамике графически функцию сфинктера Одди.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э. И., Волкова Н. В. // Заболевание желчных путей после холецистэктомии. — М., Медицина, 1988.
2. Земсков В. В., Радзиховский А. П., Бобров О. Е. // Вестн. хир. — 1986. — № 12. — С. 30—33.
3. Кочнев О. С., Биряльцев В. Н., Халилов Х. М. и др. // Хирургия. — 1989. — № 7. — С. 46—51.
4. Новиков К. В. // Вестн. хир. — 1973. — № 6. — С. 7—12.
5. Ситенко В. М., Нечай А. И. // Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях. — Л., Медицина, 1972.
6. Шалимов С. А. // Диагностики и лечение заболеваний большого дуоденального соска. — Киев, Здоров'я, 1985.
7. Эсперов Б. Н., Савченко Ю. П. // Хирургия. — 1980. — № 1. — С. 12—15.
8. Нидерле Б. и соавт. // Хирургия желчных путей. — Прага, 1982.

Поступила 13.12.90

УДК 616.361—002—079.4

СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ФОРМ ПОРАЖЕНИЯ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

О. И. Пикуза, В. П. Булатов, З. Х. Бжассо

Кафедра детских болезней № 1 (зав. — проф. О. И. Пикуза)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Реферат. Описан новый способ дифференциальной диагностики воспалительных и функциональных форм поражения билиарной системы у детей. В основу этого способа положена реакция восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест). При холециститах показатели НСТ-теста повышаются, при дисфункции — находятся в пределах нормы.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, билиарная система, НСТ-тест.

Библиография: 4 названия.

В практике врачей-педиатров нередко возникают трудности в интерпретации характера поражения билиарной системы: носит ли оно воспалительный характер или ограничивается функциональными расстройствами. Точная диаг-

ностика важна для проведения адекватной терапии и рационального использования антибактериальных средств.

Как показали наши предыдущие исследования [4], доминирующей формой поражения билиарного тракта у детей являются дискинезии желчевыводящих путей. При сплошном обследовании 3200 детей дошкольного возраста патология билиарной системы была выявлена у 107 на 1000 человек; функциональные изменения обнаружались у 85% детей, холециститы — лишь у 15%.

До настоящего времени из параклинических методов диагностики наиболее распространено в детских медицинских

учреждениях дуоденальное зондирование. Однако [1, 3] микроскопия осадка дуоденального содержимого в диагностическом плане недостаточно информативна. Для окончательного суждения о характере поражения желчевыводящих путей необходимо проводить биохимическое исследование желчи, что трудоемко и технически сложно. Применяемый также в последние годы ультразвуковой метод ввиду дефицита аппаратуры не позволяет охватить всех нуждающихся детей в обследовании.

Нами разработан новый скрининг-тест дифференциальной диагностики различных форм поражения заболевания печени и желчевыводящих путей, в основу которого положена реакция восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест). Сущность способа заключается в том, что на фоне воспалительного поражения желчевыводящей системы происходит стимуляция кислородозависимого метаболизма нейтрофилов. Будучи эффекторной клеткой воспаления, нейтрофил при развитии холецистита реагирует усилением метаболической перестройки, о которой можно судить по отложению гранул диформазана в цитоплазме гранулоцитов. Метод закреплен авторским свидетельством на изобретение «Способ дифференциальной диагностики функциональных и воспалительных форм поражения билиарной системы у детей» (положительное решение от 09.1989 г.). Этот тест считается на сегодня одним из наиболее чувствительных методов оценки фагоцитарной активности, так как метаболический сдвиг сопровождает все этапы процесса, начиная от хемотаксиса и кончая разрушением внутри фаголизомы. Постановка НСТ-теста проводилась нами в спонтанном варианте (неиммулированные нейтрофилы) по микрометодике М. Е. Виксмана и

А. Н. Маянского [2].

Выявлено, что при холециститах показатели спонтанного НСТ-теста повышаются у 100% детей и находятся в пределах 18—25%. В случаях же функциональных расстройств метаболизм нейтрофила не изменяется и показатели реакции находятся в пределах нормы (от 8 до 18%).

Метод апробирован на базе городской детской больницы № 4 и гастроэнтерологического отделения ДРКБ и показал высокую информативность. В частности, при постановке НСТ-теста у более чем 110 детей с холепатиями удалось выставить тонический диагноз в таком же проценте случаев, как и при использовании ультразвукового исследования. Широкое внедрение его в практику позволит более рационально подходить к назначению антибактериальных препаратов у детей с билиарной патологией, которые зачастую используются широко и необоснованно. Они показаны только ограниченному контингенту больных с повышенными показателями спонтанного НСТ-теста, свидетельствующими о воспалительном процессе в желчевыводящих путях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Гринина О. В. // Болезни органов пищеварения у детей. — Горький, 1981.
2. Виксман М. Е., Маянский А. Н. // Применение реакции восстановления нитросинего тетразолия для оценки функционального состояния нейтрофилов человека. — Казанский мед. ж. — 1977. — № 5. — С. 99—100.
3. Мазурин А. В. // Болезни органов пищеварения у детей. — Руководство для врачей. — Москва, 1984.
4. Пикруза О. И., Булатов В. П., Черкасова Н. А., Бжассо З. Х. // Организация лечебно-профилактической помощи детям с гастроэнтерологической патологией в г. Казани. — Тезисы VIII Республиканского съезда детских врачей Украины. — Тернополь, 1987.

Поступила 13.02.90.

УДК 616.334—007.271—073.75

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ СТЕНОЗ ПРИВРАТНИКА У ВЗРОСЛЫХ

М. К. Михайлов, Р. Ф. Акберов, В. Ф. Наумов

Кафедра рентгенологии (зав. — проф. М. К. Михайлов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, городская больница № 11 (главрач — Р. Г. Минхаиров), г. Казань

Реферат. Приведены данные собственных наблюдений 13 взрослых больных с первичным гипертрофическим стенозом привратника. Описаны клинико-рентгенологическая симптоматика,

методы оперативного лечения больных с данной патологией.

Ключевые слова: привратник, гипертрофия, первичный стеноз, взрослые.