

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д. Антигены как чрезвычайные раздражители нервной системы. Изд. АМН СССР, М., 1952. — 2. Айрапетьянц Э. Ш. Высшая нервная деятельность и рецепторы внутренних органов. Изд. АН СССР, М. — Л., 1952. — 3. Ганджа И. М. Сердечно-сосудистая система при болезнях печени и желчных путей. Госмедиздат УССР, Киев, 1961; Врач. дело, 1962, 1. — 4. Ганелина И. Е. и Кулаев Б. С. Бюлл. эксп. биол. мед., 1953, 4. — 5. Домрачев И. В. Казанский мед. ж., 1957, 1. — 6. Кантимуллина Р. К. Труды Астраханского мед. ин-та, 1958, 14. — 7. Квирикадзе Н. К. Труды ин-та клин. эксперим. кардиологии, 1959, 6. Изд. АН Грузинской ССР. — 8. Ланда А. Л. и Крылов А. А. Сов. мед., 1961, 2. — 9. Махатадзе И. К. Некоторые изменения кардиоваскулярной системы и периферической крови при механическом раздражении желчного пузыря. Автореф. канд. дисс., Тбилиси, 1954. — 10. Мясников А. Л. Болезни печени и желчных путей. Медгиз, М., 1956. — 11. Орлова Т. Е. Влияние раздражения механорецепторов желчевыводящих путей на электрическую активность коры головного мозга. Автореф. канд. дисс., Одесса, 1956. — 12. Терешина Л. Ф. Тез. докл. научн. совещ. по пробл. физиол. и патол. пищеварения. Таргу, 1957. — 13. Толпегина Т. Б. Казанский мед. ж., 1958; 5; Мат. научн. конф. Каз. мед. ин-та, 1960, 10; Мат. 2-й Поволжской конф. физиологов, биохимиков и фармакологов, Казань, 1961; Кн.: Вопросы иммунопатологии. Медгиз, М., 1963; Allergie und Asthma, 1963, 9, 2. — 14. Удельнов М. Г. Нервная регуляция сердца. Изд. МГУ, М., 1961. — 15. Шимелиович Л. Б. и Элконин Б. Л. Труды ЦИУ, 1964, 66, 3. — 16. Bergis R., Bonvy P., Parmentier J. Acta Anaest. Belg., 1959, 10, 31. — 17. Brugsch Th. Kardiologie. S. Hirzel Verlag, Leipzig, 1958. — 18. Eiselberg K. P. Klin. Wschr., 1933, 12, 30. — 19. Gilbert W. C., Fenn G. K., Le Roy G. V. JAMA, 1940, 115, 23. — 20. Hampton A. G., Beckwith I. R., Wood J. E. Ann. Intern. Med., 1959, 50, 5. — 21. Hodge G. B., Messer A. L. Surg., Gyn., Obst., 1948, 86, 5. — 22. John M. Deut. med. Wschr., 1950, 75, 17. — 23. Klima R., Beyreder I. B. Wien. med. Wschr. 1949, 99, 13/14. — 24. Levy M. A. Arch. Malad. App. Dig. 1959, 48, 10. — 25. Miller C. H. Lancet, 1932, 1, 767. — 26. Okinaka S., Ikeda M., Hashiba R. Amer. Heart Journ. 1958, 56, 319. — 27. Ravdin I. S., Hagan W. H. Med. Clin. North Amer., 1951, 35, 5. — 28. Renger F. Acta Biol. Med. Germ., 1960, 4, 190. — 29. Solti F., Magyar Zs., Marton I., Iskum M., Hermann R. Acta physiol. Acad. Scient. hung., 1961, 20, 4. — 30. Syllaba J. Allergie und Asthma, 1964, 10, 1.

УДК 616. 361—616—073. 75

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И РЕНТГЕНОГРАФИРОВАНИЯ ПРИ РЕНТГЕНОМАНОМЕТРИИ И ЭНДОСКОПИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

С. Я. Кнубовец, Р. Г. Левашова, Р. Л. Малкина

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

В нашей клинике за 1962—1964 гг. из 100 больных с холециститом, холелитиазом, раком желчных путей и головки поджелудочной железы была произведена операционная холангиография у 98, контрольная холангиография — у 9 и послеоперационная — у 6. У 45 больных операционная холангиография сочеталась с манометрическим исследованием.

У 20% больных были получены холангиограммы, истолкование которых было затруднено, а порой и совсем невозможно из-за наслоений на желчные пути контрастного вещества, выливающегося из пункционного отверстия (при неправильной методике пункции), из-за недостаточной контрастности снимков, неправильной укладки кассеты, недостаточного герметизма вокруг дренажа или каниули, из-за артефактов (пузырьки воздуха, кровяные сгустки, слизи). На качество холангиограмм в большой мере влияют также методы обезболивания и техника рентгенографирования.

При операциях местная анестезия применена у 68 больных, эндотрахеальный эфирно-кислородный наркоз с миорелаксантами — у 27, масочный эфирно-кислородный наркоз — у 5.

Проведение каниули через надрез пузырного протока или через культю его в просвет общего желчного протока было затруднено у больных, оперированных под местной анестезией, которая в ряде случаев не обеспечивает необходимой для этих манипуляций экспозиции.

Малле-Ги (1961), Ю. А. Чистяков (1962) не отмечают влияния вида обезболивания на рентгеноманометрическое исследование. Наши наблюдения показывают, что введение до операции промедола с атропином и лиственона внутривенно для создания апноэ, а также вид обезболивания не оказывают существенного влияния на величину остаточного давления и быстроту прохождения контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку.

Однако при оценке результатов манометрического исследования необходимо учитывать течение наркоза, реакцию больного, характер и количество вводимых медикаментов, как и упущения в методике. Травматичность манипуляций в области пузыря протока, отодвигание наполненного газом желудка и кишечника, которые усиленно сокращаются, беспокойство больного вызывают временный спазм сфинктера Одди. Так, у 3 больных, оперированных под местной анестезией, отмечено повышение остаточного давления, которое не могло быть объяснено препятствием в дистальном отделе общего желчного протока. У одного из этих больных на холангиограмме отмечался рефлюкс контрастного вещества в панкреатический проток.

При операциях, проводимых под эфирно-кислородным наркозом, не было ни одного повышения остаточного давления, не связанного с препятствием или стойким спазмом сфинктера Одди (отмечались и другие признаки, указывающие на гипертонус).

После фармакодинамической проверки нитроглицерином при манометрии и последующего затем введения миорелаксанта для создания апноэ наступает более стойкое по времени расслабление сфинктера Одди и мускулатуры кишечника. На серийных холангиограммах наблюдается ускоренная эвакуация контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку.

При масочном эфирно-кислородном наркозе, несмотря на проведение за 5 мин. до рентгенографии гипервентиляции кислородом для создания апноэ, из-за наличия дыхательных экскурсий получаются малоконтрастные «шевеленные» снимки.

Неправильная укладка больного на операционном столе с имеющейся на нем рентгенопленкой, как и неудачное подкладывание под больного кассеты во время операции ведут к «срезанным» снимкам.

При использовании туннеля конструкции коллектива авторов Института хирургии им. Вишневского (В. В. Виноградов, Э. В. Гришкевич, П. Н. Мазаев, Л. В. Осиповский, 1962) эти недостатки не отмечаются.

При проведении операции под местной анестезией большое значение имеет предварительное инструктирование больного. За несколько дней до операции больного следует тренировать в задержке дыхания, а также в лежании на валике. При экстренной операции больному объясняют, что во время операции ему предстоит задержать дыхание на несколько секунд, и просят научиться по команде делать это.

Больной во время операции иногда нечетко задерживает дыхание, поэтому рентгенотехник перед экспонированием пленки должен быстро убедиться в отсутствии дыхательных движений и только после этого включить реле времени.

При операции, идущей под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами, для получения хороших снимков необходима четкая слаженность действий хирурга, анестезиолога и рентгенотехника.

После измерения давления в желчных путях и подведения кассеты производится центрация тубуса передвижного рентгеновского аппарата на нижние ребра. Затем быстро вводится миорелаксант внутривенно. Одновременно начинают медленно под небольшим давлением вводить контрастное вещество. Тотчас после окончания введения хирург и анестезиолог, проводящий управляемое дыхание, отходят от операционного стола, и рентгенотехник включает реле времени.

Первый снимок при такой методике производится при открытии сфинктера Одди, второй и третий — через интервалы в 2—3 мин.

Холедохоскопия, примененная у 8 больных, производилась при операции под местной анестезией у одного больного, под масочным эфирно-кислородным наркозом — у 2, под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с миорелаксантами — у 5.

У тучных больных с большим передне-задним размером, узкой реберной дугой, выступающей из-под ребер застойной печени при дыхательных экскурсиях введение холедохоскопа в просвет общего желчного протока и осмотр его дистального отдела затруднены.

При этих условиях для свободного манипулирования холедохоскопом необходим широкий доступ, релаксация брюшных мышц, неподвижность диафрагмы, что достигается лишь введением миорелаксантов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонович В. Б. В кн.: Хирургическое лечение рака пищевода и кардии, острый холецистит. Медгиз, Л., 1957.
2. Виноградов В. В., Гришкевич Э. В., Мазаев П. Н., Осиповский Л. В. Экспериментальная хирургия и анестезиология. 1962, 4.
3. Ситенко В. М. и Нечай А. И. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1964, 4.
4. Чистяков Ю. А. Хирургия, 1962, 10.
5. Mallet-Guy P., Feroldi J., Micek F. Lyon Chir., 1950, 1.