

О ЗНАЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТИТА

А. Ф. Агеев

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Заболевания желчного пузыря и внепеченочных желчных путей не проходят бесследно для самой печени, а вызывают в ней различной выраженности функциональные и анатомические изменения.

Среди многих причин летального исхода при холецистите одно из первых мест занимает развивающаяся при этом заболевании печеночная недостаточность, почему особо важное значение приобретает определение функционального состояния печени у таких больных, их предоперационная подготовка и методика обезболивания.

Мы изучали функциональное состояние печени у 70 больных холециститом (16 чел. с хроническим калькулезным, 36 — с хроническим бескаменным и 18 — с острым). 53 больных оперированы, 17 лечены консервативно.

Исследования показали, что функция печени при холецистите, как правило, нарушается. Значительные изменения наступали в первую очередь в белковом обмене. Так, количество общего белка было снижено в среднем на 1,49% ($P < 0,01$). При этом пониженное содержание его (6,65—5,64 г%) было отмечено у 24 из 70 больных. У всех было значительное, в среднем на 14,01% ($P < 0,01$), понижение альбуминов, увеличение α_1 - и α_2 -глобулинов при всех формах воспаления желчного пузыря, γ -глобулинов — при хроническом холецистите. Альбумино-глобулиновый коэффициент оставался нормальным только у 4 больных холециститом; у остальных 66 он был снижен от 0,9 до 0,4. На нарушение белковообразовательной функции печени указывали также и результаты коллоидных реакций. Из 70 больных у 21 была слабо положительная, у 17 — положительная и у 3 — резко положительная реакция Таката-Ара. Сдвиг коагуляционной ленты Вельтмана вправо был отмечен у 64. Из 24 больных с пониженным содержанием общего белка сдвиг коагуляционной ленты вправо наблюдался у 22, а реакция Таката-Ара была отрицательной только у 8.

Антитоксическая функция печени была изучена у 46 больных хроническим холециститом. Она оказалась удовлетворительной у 22 и пониженной (от 69,6% до 45,1%) у 24 больных. Отметим зависимость степени снижения антитоксической функции печени от формы заболевания и его давности не удалось. В сравнении же с функцией печени здоровых лиц, у больных холециститом она была пониженной в среднем на 18,44% ($P < 0,01$).

У 36 больных хроническим и острым холециститом количество сахара в крови натощак существенно не отличалось от содержания его у здоровых лиц ($P < 0,7$). Основные нарушения определялись лишь при проведении пробы с двойной внутривенной нагрузкой глюкозой. Гликемическая кривая после первого введения глюкозы в первые 15 мин. повторяла ход ее у здоровых людей, но на 30-й мин. уровень сахара в крови больных оставался более высоким, в среднем на 14,71 мг% ($P < 0,05$). После повторного введения глюкозы гликемическая кривая больных еще более отличалась от сахарной кривой здоровых, имея пологий вид и высокий уровень гликемии до конца пробы, особенно у больных острым холециститом.

Пигментная функция печени была изучена путем определения количества билирубина в сыворотке крови у 51 больного хроническим и у 18 — острым холециститом, а также постановкой качественной реакции мочи на уробилин у 47 больных хроническим холециститом. Количество билирубина в сыворотке крови больных, по сравнению с контрольной группой, было увеличено при хроническом холецистите в среднем на 0,30 мг% ($P < 0,01$), а при остром — на 0,88 мг% ($P < 0,01$). Реакция мочи на уробилин у 25 больных хроническим холециститом была отрицательной, у 10 — слабо положительной и у 12 — положительной. Таким образом, почти у половины больных хроническим холециститом реакция мочи на уробилин была положительной и слабо положительной.

Мы изучали влияние двух наиболее часто применяемых способов предоперационной подготовки — внутривенных вливаний 40% раствора глюкозы по 20—40 мл в сутки и вливаний глюкозы в той же дозировке в сочетании с одно-, двукратным переливанием крови (или плазмы). В том и другом случаях больным назначались инъекции инсулина по 3—4 ед. подкожно, витамины, викасол и некоторым больным — липотропные средства. По первому способу было подготовлено 16 и по второму — 17 больных хроническим холециститом.

Подготовка только вливаниями глюкозы улучшила углеводный обмен, а с введением в подготовку переливания крови (или плазмы) снизилось содержание α_2 -глобулинов.

У больных, подготовленных вливаниями глюкозы в сочетании с переливанием крови (или плазмы), в послеоперационном периоде наступали меньшие изменения

в отдельных показателях функции печени, нежели у получивших до операции только вливания глюкозы. Это касается содержания общего белка, α_2 - и γ -глобулинов сыворотки крови.

Таким образом, предоперационная подготовка больных с заболеваниями желчного пузыря должна включать, как минимум, вливания глюкозы, инъекции инсулина, переливание крови (или плазмы), инъекции витаминов В₁ и В₁₂, приемы липокаина или метионина, викасола. Такая методика предоперационной подготовки должна быть применена независимо от тяжести состояния больного, давности заболевания и степени нарушения отдельных показателей функционального состояния печени.

29 наших больных были прооперированы под местной анестезией и 24 — под интубационным эфирно-кислородным наркозом в сочетании с введением релаксантов (дитилина, листенона, миорелаксина).

У оперированных под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом, в сравнении с оперированными под местной анестезией, количество общего белка в сыворотке крови было выше в среднем на 0,72 г% ($P=0,05$), содержание альбуминов — на 6,24%. Гипопротеинемия после операции под местной анестезией была у 12 из 29, тогда как после операции под наркозом — только у 5 из 24 больных.

У оперированных под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом значительно меньшие изменения претерпевала и антитоксическая функция печени. Если у оперированных под местной анестезией она понизилась в среднем на 16,32%, то у оперированных под наркозом — лишь на 6,82%.

Нами изучен углеводный обмен у 11 больных, оперированных под местной анестезией и у 8 — под интубационным эфирно-кислородным наркозом. Статистическая обработка полученных результатов не показала существенной разницы у оперированных под местной анестезией и наркозом. Тем не менее если после холецистэктомии под наркозом количество сахара в крови в сравнении с дооперационной величиной было повышенным натошак и при проведении пробы с нагрузкой глюкозой в среднем на 16,95 мг%, то после операции под местной анестезией — на 25,28 мг%.

При исследовании пигментной функции печени у 29 больных установлено меньшее изменение ее у оперированных под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом. Так, из числа оперированных под местной анестезией 1,28 мг% билирубина до операции было у 2, после нее — у 6. Из числа оперированных под наркозом такой показатель билирубина был только до операции у 3 больных. Послеоперационные показатели за пределы классической нормы (0,16—0,64 мг%) не выходили. По данным реакции мочи на уробилин существенной разницы установить не удалось.

Полученные результаты исследования функции печени у больных с заболеваниями желчевыводящей системы, оперированных с применением местного и общего обезболивания, нами были дополнены опытами на 10 собаках с экспериментально вызванной (путем перевязки общего желчного протока) механической желтухой. У подопытных животных на 6—9-й дни после операции наступали значительные изменения функционального состояния печени, выразившиеся в увеличении количества билирубина крови до 2,56—5,12—10,24 мг%, переходе не прямой реакции билирубина в прямую, понижении количества общего белка на 0,6—1,4 г%, изменении результатов коллоидных реакций, увеличении количества сахара в крови натошак и извращении нормального хода гликемической кривой. Исследования функции печени после наркоза эфирно-масочного, интубационного эфирно-кислородного и интубационного эфирно-кислородного в сочетании с введением релаксантов показали, что наименьшие изменения функционального состояния печени наступают при эндотрахеальном эфирно-кислородном наркозе в сочетании с миорелаксантами. За последние два года мы стали шире применять этот наркоз при операциях на желчных путях и на внепеченочных ходах. Из 33 операций по поводу острого и хронического холецистита 29 были произведены под таким наркозом. Осложнений, связанных с дачей наркоза, мы не наблюдали.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдей Л. В. Клин. мед., 1959, 10. — 2. Гришкевич Э. Б. Сов. мед., 1963, 4. — 3. Губергриц А. Я. и Циммерман Я. С. Тер. арх., 1959, 8. — 4. Иванов Б. А. и Супер Н. А. Хирургия, 1961, 7. — 5. Имас М. З. Хирургия, 1960, 4. — 6. Ищенко И. Н. Операции на желчных путях. Киев, 1960. — 7. Капланский Б. С. Хирургия, 1963, 6. — 8. Королев Б. А. и Пиковский Д. Л. Хирургия, 1961, 7. — 9. Кравченко П. В. и Агеев А. Ф. Тр. Казанского ГИДУВа. Казань, 1960, том 15. — 10. Ляховицкий М. М., Моерман Л. А., Пекарский Д. Е. Клин. хир., 1963, 3. — 11. Маслов П. Н. и Авдей Л. В. Хирургия, 1961, 7. — 12. Осипов Б. К. Хирургия, 1959, 12. — 13. Спектор Ф. А. Клин. мед., 1959, 2. — 14. Старцев И. В. Врач. дело, 1961, 11. — 15. Тригер В. А. и Златковская Г. И. Врач. дело, 1961, 2. — 16. Туровец И. Г., Толстова Г. М. и Богомолец И. С. Клин. хир., 1962, 7.