

Нами проведен анализ показателей функции печени у 70 больных холециститом, лечившихся в течение четырех последних лет в хирургической клинике им. А. В. Вишневского.

С длительностью заболевания до одного года было 14 чел., до 5 лет — 28, свыше 7 лет — все остальные.

Повышение билирубина в сыворотке крови наблюдалось у 43 чел. из 70. У всех больных повышалось содержание глобулинов и снижался уровень альбуминов. Реакция Ван-ден-Берга прямая была у 38 чел., реакция Вельтмана в 9—10-й пробирках — у 22 из 38 обследованных. Холестерин крови оказался повышенным у 7 из 8 обследованных. Реакция Таката—Ара была положительной у 5 из 35 обследованных. Остаточный азот у всех был в пределах нормы. У больных с длительностью болезни от 2 до 6 месяцев во время приступов лейкоцитоз возрастал до 10 000 и более, РОЭ повышалась до 30 мм/час., содержание билирубина поднималось до 2,56 мг%, реакция Ван-ден-Берга была прямая, проба Пытеля—Квика снижена, остальные показатели оставались в пределах нормы. Отсюда следует, что уже при первых приступах холецистита происходят некоторые функциональные сдвиги в печени. У больных же с длительностью болезни свыше 5—7 лет лейкоцитоз повышался незначительно, РОЭ тоже, содержание билирубина увеличивалось от 2,56 до 8,0 мг%, проба Пытеля—Квика снижалась до 66—70%, α_1 -глобулинов было 9—10; α_2 —12—13, β —13—15, γ —20—30%. Альбуминов было 40—50%. Реакция Ван-ден-Берга была прямая, реакция Вельтмана — в 9—10-й пробирке, количество холестерина — 240—280 мг%. Несколько повышалось содержание сиаловых кислот (до 0,220—0,270 ед.); процент протромбина снижался до 70—80. Все это свидетельствует о явном нарушении пигментного, белкового, липоидного обмена и антитоксической функции печени.

Таким образом, чем длительнее заболевание холециститом, тем резче выражены нарушения функций печени.

Нормализация функций печени после операций также связана с длительностью страдания. Например, пигментный обмен и антитоксическая функция печени при небольшой длительности заболевания нормализуются через 10—15 дней после операции. При рецидивирующих, длительно протекающих и острых деструктивных формах холецистита нарушения функции печени наблюдалось на протяжении 2—3 месяцев и более после операции. При длительном заболевании, сопровождающемся выраженным нарушением функции печени, после оперативного вмешательства может развиться печеночная недостаточность, являющаяся одной из главных причин летальности.

Итак, степень изменения функционального состояния печени находится в прямой зависимости от длительности заболевания, тяжести приступов, осложнений, возникающих во время приступов, и от сроков оперативного вмешательства.

Мы считаем необходимым подчеркнуть, что для избежания глубоких и стойких нарушений обменных процессов, обусловленных поражением печени при холецистите, большое значение имеет раннее оперативное вмешательство.

УДК 616.34—007.5

РЕДКИЕ ФОРМЫ УЗЛООБРАЗОВАНИЙ КИШЕЧНИКА

М. А. Элькин

Ленинградская больница «В память 25 Октября» (главврач — В. А. Тварадзе)

Чаще всего встречаются кишечные узлы, образованные тонкой и сигмовидной кишкой, петлями тонкого кишечника, а также тонкой и слепой кишкой.

Приводим наши наблюдения.

1. Е., 38 лет, поступила через 5 часов после внезапно начавшихся в 2 часа ночи болей в животе, сопровождавшихся тошнотой и многократной рвотой. Состояние тяжелое. Т—36,8°. АД 110/55. Пульс 112—120, ритмичный. Дыхание учащено, язык сухой, обложенный. Живот несколько вздут, болезнен в правой половине, где нерезко выражен симптом Щеткина. Прослушивается перистальтика кишечника. Притупление при перкуссии отлогих мест живота. Гем.—15,2 г%, Э—4 800 000, Л.—12 400, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. РОЭ 14 мм/час. На обзорной рентгенограмме брюшной полости видно несколько чаш Клойбера различной ширины. Предоперационный диагноз — заворот тонкого кишечника.

Операция (через 2 часа после госпитализации) начата под местной анестезией и закончена под эфирно-кислородным наркозом. В брюшной полости много ихорозной геморрагической жидкости. Обнаружен узел из петли подвздошной кишки и дивертикула Меккеля. Резецировано 150 см тонкой кишки вместе с дивертикулом. Содержимое приводящей петли тонкой кишки эвакуировано. Проподимость тонкой кишки восстановлена соустьем в конце. Наступило выздоровление.

2. Г., 53 лет, доставлен в больницу через 6 часов после появления острых болей в животе, сопровождавшихся многократной рвотой. Состояние тяжелое. Т—36,2°.

АД 110/60. Пульс 100—110, мягкий, ритмичный. Дыхание учащенное. Язык сухой, обложенный. Живот умеренно вздутый, мягкий, болезненный. Притупление в отлогих местах живота. Перистальтика кишечника не прослушивается. На обзорной рентгенограмме брюшной полости видны широкие чаши Клойбера. Дооперационный диагноз — заворот сигмовидной кишки. Операция начата под местной анестезией, продолжена под эфирно-кислородным наркозом. В брюшной полости много геморрагической икхорозной жидкости. Вокруг подвижной слепой кишки, переместившейся в левую половину живота, завязалась узлом большая, сложенная в виде двустволки сигмовидная кишка. Произведена резекция илеоцекального угла. Наложено соустье между подвздошной и восходящей кишкой по типу конца в бок. В послеоперационном периоде развился и прогрессировал перитонит. Больной умер через 48 часов после операции. На вскрытии обнаружен некроз значительной части сигмовидной кишки.

Произошла типичная ошибка — была переоценена жизнеспособность одного из отделов развязанного узла.

УДК 615.838.1—616.348—002

ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИМИ ПРОМЫВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СПАСТИЧЕСКИМ КОЛИТОМ

*А. Г. Подварко, Г. Д. Диорик и Е. Т. Керопиан,
студенты О. П. Белякова и Т. И. Пономарева*

*Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. А. Г. Подварко),
кафедра микробиологии (зав. — проф. А. И. Коротяев)
Кубанского медицинского института и 2-я Краснодарская городская больница
(главврач — Н. В. Баранов)*

Многие врачи забывают, что пищеварительный тракт предназначен прежде всего для пищи, а не для лекарств: больным дизентерией они назначают несколько лекарственных препаратов (антибиотики, сульфонамиды, белладонну, витамины и т. п.) по 4—6 приемов каждого в день. Больные ежедневно через 20—30 мин. принимают лекарственные препараты, но зато очень мало пищи. Больные дизентерией получают обычно ограниченное «щадящее» питание: бульоны, супы, манную кашу, кисели, пюре, сухари, кислое молоко. В такой пище крайне мало необходимых им витаминов, недостаточно калорий и механических раздражителей моторики кишечника. Нарушение нормальной функции микрофлоры кишечника резко уменьшает выработку витаминов, в результате чего развивается гиповитаминоз, наиболее резко выраженный в отношении группы В. Вследствие такого питания (по сути — частичного голодания) больные слабеют, понижается иммуно-биологическая резистентность организма, что способствует развитию хронического колита. Длительное применение такого «щадящего» питания лишает кишечник нормального физиологического стимулятора моторики его, что ведет к стазу в нем, к закреплению спастического состояния толстого кишечника и развитию хронического спастического колита.

При появлении обострения больные хроническим спастическим колитом обращаются к врачу. Указание больного на перенесенную им ранее дизентерию врач нередко считает достаточным основанием для постановки диагноза «рецидив хронической дизентерии» и назначения антибиотиков и сульфонамидов. Такое лечение часто не улучшает состояния больных. Потеряв веру в эффективность врачебной помощи, они переходят к лечению «своими», «домашними» средствами, еще больше ограничивают диету, применяют слабительные и т. д. В итоге у них ухудшается состояние здоровья, уменьшается трудоспособность. Они жалуются на запоры, чередующиеся с поносами и выделением слизи, на общую слабость, раздражительность, периодические головные боли, на спастические боли в животе.

Лечение больных хроническим спастическим колитом весьма трудная задача.

Однако при современных комплексных методах лечения оказывается возможным добиться если не полного выздоровления, то по меньшей мере состояния длительного практического здоровья.

Мы назначали больным хроническим спастическим колитом комплексное лечение, в котором ведущее место заняли глубокие промывания кишечника лекарственными растворами, нагретыми до 38—40°, выработка рефлекса на дефекацию в строго определенное время суток и рациональное питание с широким применением гречневой каши, свежих фруктов и овощей.

Методика глубоких промываний кишечника была следующая: больным предварительно делали две очистительные клизмы (накануне вечером и утром в день промывания). Промывания делали больным в лежачем положении на спине и на правом боку. Мы применяли раствор марганцевокислого калия 1 : 20 000 (35 больных), раствор риванола 1 : 10 000 (62 больных) и раствор грамицидина 0,12 : 10 000 (3 больных). На одно промывание тратили 5—10 л раствора. Кружку Эсмарка поднимали на 0,6—