

наступают после разнообразных патологических нарушений, в основном представляющие или иные проявления регенерации». Иначе говоря, вопросы, рассмотренные в данной статье, относятся к «фармакологии выздоровления» при заболевании органов пищеварения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов А. А. и Лазарев Н. В. *Вопр. онкол.*, 1966, 8. — 2. Аничков С. В. и Заводская И. С. Фармакотерапия язвенной болезни. Экспериментальное обоснование. *Медицина*, Л., 1965. — 3. Арзыева Е. Я.; Баркаган З. С. и Линкина А. И.; Зингер Д. В., Колла В. Э.; Стародубцева Л. Н. *Мат. конф. по проблеме применения пиримидиновых и пуриновых производных, посвящ. проф. А. А. Кронтовскому*. Л., 1966. — 4. Булавинцева В. И. и Вошанова Н. П. Предраковые заболевания желудка и роль диспансеризации в их выявлении и лечении. *Медицина*, М., 1964. — 5. Вермель Е. М. *Клин. мед.*, 1960, 4. — 6. Гершанович М. Л. В кн.: *Неспецифическая лекарственная профилактика и терапия рака*. *Медицина*, Л., 1966. — 7. Гефтер А. И. *Клин. лекции по внутренним болезням*. *Медицина*, М., 1966. — 8. Голощапов Н. М. *Вопр. онкол.*, 1965, 9. — 9. Камаев М. Ф. *Клин. мед.*, 1964, 10. — 10. Капитаненко А. М. *Мат. V научн. конф. Центр. воен. госп. им. П. В. Мандрыка*. М., 1966. — 11. Каплан Ф. С. *Врач. дело*, 1965, 2. — 12. Лазарев Н. В. и Акимов А. А. *Вопр. онкол.*, 1966, 8. — 13. Лазарев Н. В. и Гершанович М. Л. *Казанский мед. ж.*, 1965, 6. — 14. Лазовский Ю. М. *Функциональная морфология желудка в норме и в патологии*. *Медгиз*, М., 1947. — 15. Ланда А. Л. *Казанский мед. ж.*, 1961, 4. — 16. Левин Г. Л. *Очерки желудочной патологии*. *Медицина*, М., 1964. — 17. Лиознер Л. Д. *Предисловие к книге: Очерки по проблеме регенерации*. *Медицина*, М., 1966. — 18. Мельников А. В. *Клиника предопухолевых заболеваний желудка*. *Медгиз*, М., 1954. — 19. Неймарк И. О. *Клин. мед.*, 1964, 2. — 20. Ногаллер А. М. *Диагностика и лечение хронических заболеваний органов пищеварения*. *Медицина*, М., 1966. — 21. Рабинович П. Д. В сб.: *Вопросы теоретической и клинической медицины*. Чита, 1962. — 22. Раков А. И. *Профилактика злокачественных опухолей*. *Медгиз*, М., 1955. — 23. Рысс С. М. *Вестн. АМН СССР*, 1965, 2. — 24. Ташев Т., Маждраков Г., Симеонов А., Браилски Хр., Недкова-Братанова Н., Янчев В., Балабанов Г. *Болезни желудка, кишечника и брюшины*. София, 1964. — 25. Федорев А. С. *Рак желудка из язвы*. *Медгиз*, М., 1948. — 26. Bockus H. L. *Gastroenterology*, v. 1, 2. Ed. Philadelphia — London, 1963. — 27. Norwich L., Galloway R. *Brit. med. J.*, 1965, 2, 1274. — 28. Kirsner J. B. *Symposium of Peptic Ulcer*. *JAMA*, 1964, 187, 6. — 29. McHardy G. G. (Ed.). *Curr. Gastroenterology*. N. Y., 1962; *The Medical Treatment of Peptic Ulcer*. Springfield, Ill., 1963. — 30. Palmer E. D. *Clinical Gastroenterology*. Second Edition. N. Y., 1963.

УДК 616.366—003.7—616—07.616—089

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И. Ф. Харитонов и С. Я. Кнубовец

Клиника факультетской хирургии им. А. В. Вишневого (зав.— проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Коллектив факультетской хирургической клиники им. А. В. Вишневого за последнее десятилетие в ряду других разрабатывает также проблему хирургического лечения при заболеваниях желчевыводящих путей. Исследование ведется путем экспериментов на животных и клинического изучения заболевания.

В. С. Гирфанов, изучая моторную функцию желчного пузыря в экспериментах на собаках, установил, что на нее влияет как центральная нервная система через блуждающие, чревные нервы и задние корешки D₁₁—L₁ спинного мозга, так и элементов интраорганных нервных образований. Электрические раздражения блуждающих нервов и задних корешков D₁₁—L₁ спинного мозга обуславливают усиление сокращений желчного пузыря, раздражения же чревного нерва — их затухание и падение тонуса органа.

Интересными с практической точки зрения являются исследования функции медиаторов. При экспериментальном нарушении синтеза ацетилхолина (медиатора блуждающего нерва) путем удаления большей части поджелудочной железы В. С. Гирфанов наблюдал выпадение усиливающего влияния блуждающего нерва на сократительную деятельность желчного пузыря.

Изучение влияния желчного пузыря при раздражении его рецепторных аппаратов на сократительную функцию желудочно-кишечного тракта показало наличие рефлексоторных связей желчного пузыря с желудком, двенадцатиперстной кишкой, тонким и толстым кишечником. Во всех этих органах прекращалась перистальтика в моменты раздражения рецепторов желчного пузыря.

Таблица 1

Годы	Число поступивших больных	Число оперированных больных	Из них умерло
1940—1944	10	9	1
1945—1950	8	6	1
1951—1955	56	44	1
1956—1962	84	77	2
1962—1966	219	216	6
Итого . . .	337	350	11

Данные табл. 1 показывают постепенное увеличение числа больных с холециститами на фоне желчнокаменной болезни, начиная с 1951 года. Особенно резкое увеличение этой категории больных произошло с 1962 г. 82% больных с желчнокаменной болезнью были женщины в возрасте от 30 до 50 лет.

Одним из частых и тяжелых симптомов холецистита на фоне желчнокаменной болезни являются камни в желчных протоках. Конкременты в протоках, песок, замазкообразная масса, гнойные сгущения желчи с выпавшими в ней солями или хлопьями холестерина, полностью или частично закупоривая общий желчный проток, могут вызывать механическую желтуху, а также расширение желчных протоков. Камни на месте закупорки обуславливают развитие язв, которые, рубцуясь, приводят к стриктурам. Иногда же мелкие, а также обтекаемые конкременты весьма крупного размера клинически долгое время ничем себя не проявляют.

Частота камней желчных протоков по данным разных авторов колеблется от 4 до 39%. Если учесть все возрастные группы, «молчаливые камни» и данные вскрытия, то частота камней в общем желчном протоке составит около 10% (Glenn, 1952).

Обнаружение камней в протоках и удаление их связаны с необходимостью производства холедохотомии. Выявление камней в желчных протоках до введения в практику манометрии, холангиографии, холедохоскопии проводилось только путем пальпации желчных путей и ревизии их зондом или пальцем, введенным в расширенные желчные пути. Несовершенство этих методов обуславливало нередко оставление в отводящих желчных путях камней или скоплений песка. Glenn и Johnson (1957), Saypol (1961) считают, что позиция авторов, действующих под девизом «если ты сомневаешься, то вскрывай холедох», мало оправдана. Collett, Saylor, Tirmann (1950), Calcock, Perey (1963, 1964) полагают, что чем чаще вскрывается холедох, тем больше камней обнаруживается. Такая точка зрения приводит к росту числа необоснованных вскрытий и уменьшению числа положительных находок. В настоящее время вскрытие общего желчного протока производят при положительных данных рентгенологического обследования желчных путей как до, так и во время операции (Б. А. Королев и Д. Л. Пиковский, 1961; А. Н. Бакулев и Ю. И. Морозов, 1963; В. М. Ситенко и А. И. Нечай, 1964; Smith, Wilhelm, 1959, и др.).

У авторов, применяющих операционную холангиографию систематически, процент положительных находок при вскрытии общего желчного протока колеблется от 48 до 70,5%.

В нашей клинике с 1951 по 1966 г. оперативному лечению подвергнуто 336 больных с холециститом и его осложнениями. В 1951—1961 гг. оперировано 120, в 1962—1966 гг. — 216 больных. Послеоперационная летальность составляла до 1962 г. 6,6%, в 1962—1966 гг. — 3,2%. Холедохотомия произведена 88 раз. Систематическое применение с 1962 г. дооперационной внутривенной холеграфии 20% билигностом (у 138 больных), рентгеноанометрического исследования по Малле-Ги — Виноградову (у 165 больных) позволило уточнить клинические показания к вскрытию желчного протока.

Если в 1951—1961 гг. холедохотомия произведена у 29 (24%) больных и камни обнаружены у 18 (15%), то в 1962—1966 гг. — соответственно у 59 (27,3%) и у 47 (21,8%).

Камни обнаружены у 11 из 22 повторно оперированных больных, у которых они были просмотрены при первой операции. У 3 больных были камни в желчных протоках при отсутствии их в желчном пузыре. Обычно это крупные одиночные камни. Диаметр пузырного протока в таких случаях достигает 10 мм, гепатохоледох расширен, стенка его утолщена. Печеночные колики без желтухи, а вследствие приступы болей в эпигастрии с иррадиацией в грудную клетку, область сердца и остро развившаяся желтуха с повышением температуры до 38° указывают на миграцию камня из желчного пузыря в проток. Glenn и Veil (1964) выделяют 3 самые частые локализации конкрементов в протоках: множественные камни, расположенные в любом месте протока; один

вентильный камень в дистальной части общего желчного протока; камень или камни в интрадуоденальной части общего желчного протока или в ампуле Фатера.

По данным ряда авторов множественные конкременты встречались в 70%. В. В. Виногорадов (1962) нашел их у 16 из 30 больных. Число конкрементов может варьировать от 2—3 до 10, 20, 40 и т. д. Нами множественные камни были обнаружены у 30 из 47 больных.

Частота локализации конкрементов в области фатерова соска по В. В. Виногорадову (1962) составляет примерно 10—20%. Мы выявили конкременты в фатеровом соске у 13 больных. По данным Wildegans (1956) 20% больных с холедохолитиазом имеют одновременно камни в печеночном протоке или в его ветвях. Камни в одном только печеночном протоке встречаются крайне редко. Обычно они сочетаются с камнями в пузыре и общем желчном протоке.

Norgaap (1952) находил камни печеночного протока в 5,3% всех холецистэктомий и в 23,6% холедохолитиаза, Hess (1955) — в 3,7% холелитиаза и в 15,7% холедохолитиаза (по его наблюдениям две трети камней печеночного протока лежат внутрипеченочно и половина располагается в левом протоке, обычно более расширенном, чем правый). Нами конкременты в печеночном протоке одновременно с камнями в общем желчном протоке обнаружены у 19 больных.

Методом рентгеноманометрии камни желчных протоков диагностируются на основании прямых и косвенных признаков. Закупорка камнем дистального отдела общего желчного протока ведет к повышению остаточного давления до 250—350 мм водяного столба, при каждой вновь создаваемой гиперпрессии оно ступеннеобразно нарастает («симптом эшелонирования» В. В. Виногорадова). Когда конкременты обтекаемы, в супрадуоденальном отделе или в ампуле Фатера также наблюдается повышение остаточного давления. В результате многократных исследований первоначально высокие величины давления снижаются, но остаются все же выше нормы. Характерным рентгенологическим признаком конкремента является дефект наполнения в виде округлого с ровными контурами участка просветления в тени контрастного вещества, которое заполняет проток.

Множественные конкременты на холангиограммах дают участки просветления разнообразной формы и интенсивности, напоминающие ячейки сот. Дефекты наполнения всегда получаются меньшими по сравнению с истинными размерами конкремента. При значительной ширине протока и малых размерах камня просветление будет неясным, в виде округлого участка полутени. Мелкие множественные камни диаметром 2—3 мм, плавающие в супрадуоденальном отделе протока, не контрастируются даже в 25—35% контрастных растворах. В подобных случаях придается большое значение сравнению клинических данных с выявляемыми косвенными рентгенологическими признаками патологии желчных протоков (расширение протока, замедленное прохождение контрастного вещества через фатеров сосок).

Если конкремент располагается пристеночно, то на холангиограмме определяется около стенки протока дефект наполнения. Камень, закупоривающий дистальный конец общего желчного протока, распознается по характерному «феномену обтекания», при котором слепой конец протока обычно заканчивается полулунным кверху контуром (рис. 1).

Ущемленные камни фатерова соска пальпаторно выявляются с трудом. При зондировании эти камни могут проталкиваться в просвет двенадцатиперстной кишки, что удавалось наблюдать при дуоденотомии.

Эффективность рентгеноманометрического исследования особенно демонстративна в диагностике ущемленных камней фатерова соска, которые не удалось обнаружить пальпаторно у 30% больных.

Замаскообразная масса (скопление песка) не имеет определенной формы, и поэтому дефекты наполнения, которые ею обусловлены, не имеют контура, а получаются на холангиограмме в виде затененной зоны, которую в верхних отделах общего печеночного протока на фоне наслаивающейся тени увеличенной нависающей печени трудно определить.

Особые трудности для распознавания методами холангиоманометрии и холангиографии представляют мелкие множественные конкременты, а также камни, располагающиеся в печеночном протоке. Несмотря на то, что обнаружение конкрементов с введением операционной холангиографии и манометрии, по данным большинства авторов, утроилось, все же наблюдается просмотр примерно в 4%.



Рис. 1.

Нами повторно (в 3-й раз) оперировано 2 больных с рецидивом холедохолитиаза, которым при второй операции производилась операционная холангиография, а у одного и холедохоскопия. При этом следует отметить, что операция не была полной, изменение фатерова соска трактовалось как стеноз II ст., папиллотомия не производилась, а проток дренировался.

Для лучшей интерпретации холангиограмм во время операции, когда затруднительно переключение внимания хирурга и его ассистентов с одного вида работы на другой, С. Я. Кнубовцем сконструирован аквонегатоскоп по идее В. В. Виноградова (кафедра хирургии Университета Дружбы имени П. Лумумбы).

Аквонегатоскоп представляет собой аквариум из оргстекла в виде прямоугольника с подсвечиванием через заднюю стенку лампами дневного света опущенных в него холангиограмм. Аквонегатоскоп позволяет экономить 2—3 минуты, необходимые для промывания рентгенопленок после проявления и фиксирования; дает возможность хирургам в спокойной обстановке по ходу операции детально рассмотреть холангиограммы при консультации компетентного рентгенолога; повышает качество обучения студентов.

При подозрении на конкременты наличие их уточняется эндоскопическим исследованием желчных путей. Камни легко видимы при холедохоскопии. При множественных конкрементах после извлечения их осмотр протока производится несколько раз, что позволяет контролировать тщательность санации. Если желчный проток заполнен замаскообразной массой, эндоскопический контроль должен проводиться чрезвычайно скрупулезно, оставление ее в протоке без устранения сопутствующего папиллостеноза, как показало одно наше наблюдение, может привести к рецидиву холедохолитиаза.

Диагностическая ценность дооперационной внутривенной холеграфии билиностом или билиграфином в выявлении патологии желчных путей, и в частности конкрементов, общезвестна (Л. Д. Линдербратен, 1953; Т. Горникевич, 1957; Фромгольд, 1961; С. Я. Микиртумов, Г. И. Варновицкий и К. Ф. Смирнов, 1962; Э. И. Гальперин и И. М. Островская; Г. Д. Вилявин и Э. Ф. Гришкевич, 1964; А. С. Зарзар, В. П. Семеняко, 1965; Mallet-Guy, Jacquemet, 1956, и др).

Мы провели сравнительный анализ данных внутривенной холеграфии и операционного рентгеноманометрического исследования у 98 больных. При внутривенной холеграфии возникло подозрение на конкременты в протоках только у 4 больных. Операционное рентгеноманометрическое исследование выявило конкременты у 22 больных.

У 80% больных при дооперационной внутривенной холеграфии камни не были распознаны. Следовательно, необходимо применять рентгеноманометрическое исследование на операционном столе. Возможностями рентгеноманометрического исследования можно не пользоваться только при выявлении нормальных желчных протоков со своевременной эвакуацией контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку при дооперационной внутривенной холеграфии. Наряду с клиническими данными (желтуха, расширение желчных протоков, мелкие камни в желчном пузыре при расширенном пузырном протоке, положительные результаты пальпации), являющимися показаниями к холедохотомии, рентгеноманометрическое исследование позволяет дополнительно выявить конкременты в протоках, снижает число напрасных холедохотомий.

Хирургическое лечение больных холедохолитиазом не может проводиться без учета сопутствующих заболеваний желчных путей (холангит, папиллит, папиллостеноз), заболеваний печени (гепатит) и поджелудочной железы (холецистопанкреатит).

Выявление холедохолитиаза во всем его многообразии, а также сопутствующих заболеваний требует от хирурга производства операции в полном соответствии с обнаруженной патологией.

У 29 больных мы заканчивали холедохотомию наружным отведением желчи дренажем по А. В. Вишневскому. Показаниями к дренированию были камни желчного протока с сопутствующим холангитом, камни желчного протока в сочетании с панкреатитом и гепатитом.

У 5 больных после удаления большого одиночного камня при полной проходимости фатерова соска, установленной во время операции холангиографией и зондированием, был применен глухой шов холедоха. У 2 из них рана протока заживала под «прикрытием» разгрузочного дренажа через пузырный проток (Д. Л. Пиковский, 1964; Л. М. Шор и А. Я. Данилов, 1966).

У 12 больных операция была закончена наложением холедоходуоденоанастомоза. Показаниями к нему служили множественные мелкие камни с замаскообразной массой в расширенном протоке с утолщенными стенками (диаметр протока 15 мм и более), холангит, индурация головки поджелудочной железы, стеноз фатерова соска I—II ст.

У 16 больных произведена трансдуоденальная папиллотомия (при ущемленных камнях фатерова соска, стенозе II—III ст., трудно удалимых камнях области ампулы соска, у больных в основном в возрасте 40—60 лет). Папиллотомия сочеталась с дренажом по Долиотти.

ВЫВОДЫ

1. Показания к вскрытию общего желчного протока базируются на данных клинико-рентгеноманометрического исследования.

2. Рентгеноманометрическое исследование во время операции по сравнению с данными клинического исследования позволяет дополнительно выявить конкременты в протоках, снижает число напрасных холедохотомий «в связи с подозрением».

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н. и Морозов Ю. И. Хирургия, 1963, 11. — 2. Вилявин Г. Д. и Гришкевич Э. Ф. Хирургия, 1964, 1. — 3. Гальперин Э. И. и Островская И. М. Контрастное исследование в хирургии желчных путей. Медицина, М., 1964. — 4. Горникевич Т. Вестн. рентгенол. и радиол., 1957, 1. — 5. Зарзар А. С. и Семьяков В. П. Мед. ж. Узбекистана, 1963, 8. — 6. Королев Б. А. и Пиковский Д. Л. Хирургия, 1961, 7. — 7. Линдебрaten Л. Д. Рентгенологическое исследование печени и желчных путей. Медгиз, М., 1953. — 8. Маниртурмов С. М., Варновичкий Г. И. и Смирнов К. Ф. Сов. мед., 1962, 12. — 9. Пиковский Д. Л. Осложненный холецистит и его хирургическое лечение. Автореф. докт. дисс., Горький, 1964. — 10. Ситенко В. М. и Нечай А. И. Вестн. хир., 1964, 4. — 11. Фромгольд. Радиология диагностика, 1961, 2. — 12. Шор Л. М. и Данилов А. Я. Вестн. хир., 1966, 9. — 13. Calcock P. B., Perey B. Surg. Gynec. Obstet., 1963, 5; 1964, 1. — 14. Collett H., Caylor H., Tirman W. Am. J. Surg., 1950, 5. — 15. Glenn F. Surg. Gynec. Obstet., 1952, 4. — 16. Glenn F., Johnson G. Ibid., 1957, 2. — 17. Glenn F., Beil A. Ibid., 1964, 3. — 18. Hess W. Operation Cholangiographie. J. Thieme, Stuttgart, 1955. — 19. Mallet-Guy P., Jacquement P. Lion Chir., 1956, 2. — 20. Norman O. Surg. Gynec. Obstet., 1952, 2. — 21. Saupol G. M. Ann. Surg., 1961, 4. — 22. Smith A. M., Wilhelm M. C. Am. J. Surg., 1959, 4. — 23. Wildehans H. Chirurg, 1956, 1.

УДК 616.12—007.2—616.12—008.46

ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНЫМ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

С. В. Шестаков и И. В. Максимова

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. С. В. Шестаков)
Куйбышевского медицинского института*

Острая сердечная недостаточность, это тяжелое осложнение заболеваний сердца, значительно ухудшает прогноз и иногда ведет к летальному исходу.

Настоящее сообщение основано на наблюдении за лечением 46 больных пороками сердца с острой сердечной недостаточностью.

Мы считаем необходимым остановиться на одной особенности нарушений гемодинамики при митральном стенозе. При этом пороке сердца застой в легких является результатом не слабости левого желудочка, а своеобразного нарушения гемодинамики, возникающего вследствие того барьера, который имеется в левом предсердножелудочковом отверстии. Обычно у таких больных возникает легочная гипертония и усиление деятельности правого желудочка.

Преобладала левожелудочковая сердечная недостаточность, но иногда она бывала тотальной. Нередко наряду с сердечной недостаточностью появлялась (10 больных) сосудистая. Это в значительной мере затрудняло борьбу с нарушением кровообращения.

При слабости сердца в первую очередь следует прибегать к введению самого сильного сердечного средства — строфантина. Но нужно помнить, что, во-первых, слишком большая доза его может вызвать тахикардию и даже трепетание желудочков, а во-вторых, усиление деятельности правого желудочка при митральных пороках увеличивает кровенаполнение малого круга кровообращения. Мы наблюдали у 2 больных, страдавших сочетанным митральным пороком с преобладанием стеноза, приступ сердечной астмы с отеком легких при внутривенном введении строфантина. Полкардиографический анализ деятельности сердца показывает, что у ряда больных под действием строфантина нормализуются фазы систолы левого желудочка, укорачивается фаза изометрического сокращения и период напряжения в целом, а фаза изотонического сокращения удлиняется.

Если введение строфантина не помогает, необходимо сделать кровопускание с последующим повторным введением строфантина. Такая терапия была проведена 24 больным ревматическими пороками сердца с явлениями острой сердечной недостаточности.