

фических исследований у ребенка предположена киста печени со сдавлением желчевыводящих протоков.

17/1 1969 г. под поверхностным интубационным эфирно-закисно-кислородным наркозом произведена срединная лапаротомия (Б. Л. Еляшевич). При ревизии обнаружена киста, располагающаяся забрюшинно под правой долей печени. Двенадцатиперстная кишка и головка поджелудочной железы распластаны на ее передней поверхности и сращены с ее капсулой. Произведена пункция кисты, получена светлая желчь. Методом гидравлической препаровки киста выделена из забрюшинного пространства. Обнаружено, что она исходит из общего желчного протока, а пузырный проток исходит из правой стенки этой кисты. Часть общего желчного протока и печеночные правый и левый протоки резко расширены (до 6—8 мм). После отсечения препарата наложен анастомоз между культей общего желчного протока и тощей кишкой с брауновским соустьем. В ложе кисты подведены тампоны, брюшная полость защищена с введением микроиригатора. В течение операции АД дважды снижалось до 70/30. Гемотрансфузия и внутривенное введение гидрокортизона нормализовали давление.

Послеоперационное течение в первые сутки осложнилось гипертермическим синдромом. Через 3 часа после окончания операции температура поднялась до 41,6°. Мероприятия по снижению температуры (инъекция реопирина, аспирин, влажные обертывания, лед на голову и пр.) эффекта не дали, и при явлениях гипертермии и острой сердечно-сосудистой недостаточности ребенок скончался через 9 часов после операции. Смерть наступила вследствие отека мозга, вызванного гипертермическим синдромом на фоне большой травматичности оперативного вмешательства и печеночной недостаточности.

Настоящее наблюдение имеет целью предостеречь хирурга, встретившего врожденную кисту желчевыводящих протоков, от радикального вмешательства. Учитывая патогенез этих кист, следует предположить развитие у больных скрытой печеночной недостаточности. Послеоперационный период у детей, оперированных по поводу врожденных кист желчных протоков, может осложниться гипертермическим синдромом, который, как известно, нередко заканчивается летально. Операцией выбора в этих случаях следует признать наложение цисто-еюноанастомоза с брауновским соустьем.

УДК 616.367—615.7

Канд. мед. наук В. С. Нужина (Казань). Эффективность плантаглюцида при воспалительных заболеваниях желчевыводящих путей

Плантаглюцид представляет собой суммарный препарат из листьев подорожника большого, предложенный Харьковским НИХФИ. По экспериментальным и клиническим данным, плантаглюцид обладает спазмолитическими и противовоспалительными свойствами, несколько усиливает секрецию желудочного сока, практически не вызывает побочных явлений и хорошо переносится больными. Учитывая это, мы применили плантаглюцид для амбулаторного лечения больных с хроническими воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей. Под наблюдением находилось 19 женщин и 2 мужчин в возрасте от 16 до 68 лет. У 12 больных был хронический бактериальный холецистит, у 3 — холецистохолангит, у 4 — состояние после холецистэктомии, у 2 — бактериальный ангиохолит с симптомами хронического панкреатита, у 1 — калькулезный холецистит и у 1 — холецистит и пилородуоденит. У 7 чел. давность заболевания была от 3 до 5 лет, у 8 — от 6 до 10 лет и у 6 — больше 10 лет. Все больные ранее неоднократно и малоуспешно лечились амбулаторно или стационарно по общепринятой схеме (антибиотики, желчегонные и прочие средства).

Лечение плантаглюцидом было начато в период обострения холецистита. Методика лечения: плантаглюцид в гранулах применяли в течение месяца по одной чайной ложке 3 раза в день в половине стакана теплой воды за 30 мин. до еды; в течение 2-го месяца — по одной чайной ложке 2 раза в день, 3-го — 1 раз в день. При хронических бактериальных ангиохолециститах плантаглюцид назначали по 2 чайные ложки 3 раза в день в 1-й месяц, по 1 чайной ложке 3 раза в день во 2-й, затем 2 и 1 раз в день в 3 и 4-й месяцы. Общая продолжительность курса лечения — 3—4 месяца. В течение года проводилось 1—2 курса.

У 20 больных через 4—6 дней после начала лечения уменьшились или исчезли боли, у 18 на 6—8-й день улучшился аппетит, исчезли диспепсические явления и вздутие живота, нормализовался стул. Через 2 месяца у 4 больных уменьшились размеры печени, у 2 нормализовались температура и РОЭ. При контрольном дуоденальном зондировании у всех пациентов выявлено заметное уменьшение воспалительных изменений (количества хлопьев, слизи, лейкоцитов) в желчи В и С. Исследование желудочного содержимого показало, что у 9 человек пониженные цифры кислотности приблизились к нормальным, уменьшилось количество слизи наташок.

Все пациенты отмечали приятный вкус плантаглюцида и легкую переносимость его. Лишь у одной больной с бактериальным холециститом и пилородуоденитом

в процессе лечения усилилась изжога и боли в подложечной области, что побудило прекратить терапию плантаглюцидом в конце 2-й недели.

Таким образом, мы наблюдали положительные результаты при амбулаторном лечении плантаглюцидом хронических воспалительных заболеваний желчных путей и можем рекомендовать его для профилактики рецидивов в виде месячных курсов 2 раза в год. Ввиду увеличения числа аллергических холециститов и аллергических состояний при лечении холециститов антибиотиками, плантаглюцид приобретает особую ценность и может служить средством выбора при сочетании хронических холециститов с гастритами, колитами и язвенной болезнью при нормальной или пониженной кислотности.

УДК 616.379—008.64

В. В. Талантов, Л. И. Анчикова, О. А. Салихова (Казань). О переводе больных сахарным диабетом с простого инсулина на пролонгированный типа «Ленте»

Инсулин-цинк-суспензия (ицс) «Ленте» представляет собой смесь 70% инсулин-цинк-суспензии кристаллической (ультраленте) и 30% инсулин-цинк-суспензии аморфной (семиленте). Инсулин-цинк-суспензия аморфная начинает действовать через 1—1,5 часа, максимум действия проявляется через 5—7 часов и продолжается 10—16 часов, инсулин-цинк-суспензия кристаллическая дает первичный эффект через 6—10 часов, максимум активности наступает через 16—20 часов, длительность действия — до 28—36 часов, то есть основной период максимального эффекта аморфного инсулина заканчивается ко времени выраженного действия кристаллического.

Сложность перевода больного сахарным диабетом с обычного инсулина на пролонгированный заключается в том, что необходимо, не допустив гипогликемии, сохранить также и состояние компенсации эндогенного инсулина.

В связи с тем, что при лечении простым инсулином утренняя доза превышает 30% суточной, редко возможно обойтись одним ицс «Ленте», приходится комбинировать все с тем же простым инсулином, вводя их утром в одном шприце. В отличие от протамин-цинк-инсулина ицс «Ленте» может быть смешан с простым инсулином.

Основной вопрос — сколько ицс «Ленте» надо вводить?

Обозначим дозы при лечении одним простым инсулином (до перевода): утреннюю — a , во второй половине дня — b , суточную — $a + b$. Через x обозначим неизвестное нам количество ицс, которое состоит из 0,3 (30%) аморфного и 0,7 (70%) кристаллического ицс.

Очевидно, что в ицс «Ленте» основным компонентом с выраженным пролонгированным действием является ицс кристаллический, содержание которого в утренней инъекции должно равняться прежней дозе простого инсулина, вводившейся во второй половине дня, начиная с обеда и на ночь. Значит, $0,7x = b$; тогда $x = \frac{10}{7}b$.

Итак, доза ицс «Ленте» должна равняться $\frac{10}{7}$ дозы вводимого ранее во второй половине дня простого инсулина.

Доза простого инсулина (y) будет равняться разнице между суточной дозой ранее вводимого инсулина и рассчитанной дозой ицс «Ленте»:

$$y = a + b - \frac{10}{7}b; \quad y = a - \frac{3}{7}b.$$

Т. е. y = дозе инсулина, вводимой ранее утром, за вычетом $\frac{3}{7}$ дозы второй половины дня.

В десятках случаев мы с успехом пользовались этой формулой. В дальнейшем при сохранении гликозурии требуется индивидуализация доз, коррекция их по гликозурическому профилю до агликозурии и нормогликемии.

Пример. Больной компенсирован на 3 инъекциях инсулина в дозах: 40 ед. перед завтраком, 26 ед. перед обедом, 16 ед. перед ужином; суточная доза — 82 ед. При переводе на лечение комбинированным инсулином доза ицс «Ленте» должна равняться: $\frac{10}{7}(26 + 16) = \frac{10}{7} \cdot 42 = 60$; доза простого инсулина: $82 - 60 = 22$ ед.

УДК 616.61—002.3

Л. М. Камаева, Е. В. Шахов, Н. Г. Балахонова (Горький). Особенности течения хронического пиелонефрита в пожилом и старческом возрасте

Мы изучали особенности течения пиелонефрита в пожилом и старческом возрасте у 127 мужчин и 111 женщин. В возрасте 55—59 лет было 74 больных, 60—74 лет — 124, 75—90 лет — 40.