

печени, а при болезни Боткина — улучшал ее. Это свидетельствует об индивидуальных чертах различных поражений печени. Надо полагать, что при гепатитах различного происхождения и лечение не должно быть одинаковым.

В периоде выздоровления от болезни Боткина и от гелиотропного токсикоза — к моменту выписки — изучение в нашей клинике обмена некоторых витаминов (рибофлавина, фолиевой кислоты) показало еще глубокий дефицит их, особенно при гелиотропном токсикозе. Нами отмечены нарушения обмена витамина В₁₂ (более трудные для толкования). Эти изменения отмечены и в случаях, когда другие тесты (белковые, холестеринэстерификация) показали почти нормальные цифры.

На основании данных краевой патологии особое внимание, по нашему мнению, следует обратить на вопросы профилактики. Необходимо и в средней полосе Союза придавать больше значения перенесенной в прошлом малярии. По опыту хоть и весьма краткого периода работы в Рязани нам это кажется практически достаточно обоснованным не только в Средней Азии. То же относится к хроническим метадизентерийным колитам; анамнез в отношении кишечных расстройств, к сожалению, плохо собирается. При заболевании болезнью Боткина необходимо более упорное лечение, и после выписки больного наблюдение над ним должно вестись активнее и углубленнее. У таких больных при хотя бы небольших печеночных нарушениях необходимы повторные «профилактические» курсы лечения.

В свете данных о гелиотропном токсикозе следует уделить гораздо больше внимания возможным химическим гепатопатиям, особенно в связи с развитием новых отраслей химической промышленности с применением ряда веществ, возможно не безразличных для печени. Вопросы промышленной гигиены, с точки зрения патологии печени, изучались очень мало. Между тем, малые длительные повреждения могут оказаться почвой, на которой более сильные гепатотропные влияния легче вызывают хронические гепатиты и циррозы.

Наши данные подтверждают благоприятное влияние на функциональное состояние больной печени умеренных доз витаминов группы В (нами изучены В₂, В₆, В₁₂, фолиевая кислота) при болезни Боткина, гелиотропном токсикозе, циррозах печени. «Спектр» действия различных витаминов не идентичен. Например, рибофлавин действует, улучшая холестеринэстерифицирующую и углеводную функции печени и почти не действует на белковую; В₆ же оказывает выраженное действие на белковую функцию. Фолиевая кислота показала себя в некоторых отношениях с отрицательной стороны: она повышает активность альдолазы при циррозах, повышает выделение рибофлавина с мочой при и так уже существующем дефиците его, повышает содержание В₁₂ в крови (что и так наблюдается нередко при циррозах печени и зависит, по-видимому, от ухудшения утилизации и депонирования В₁₂). Так как обмен витаминов при выздоровлении не нормализуется полностью, мы считаем желательным длительно назначать комплекс витаминов группы В лицам, перенесшим острые и подострые поражения печени. Состав этого комплекса еще не полностью ясен, однако он должен содержать рибофлавин, пиридоксин и В₁₂ в умеренных дозах. По-видимому, сюда следует присоединить аскорбиновую кислоту и, возможно, витамин А. Роль лечебного питания при гепатитах достаточно известна, и на этом нет нужды останавливаться.

Необходимо внедрить в повседневную поликлиническую практику более глубокое биохимическое исследование больных с поражениями печени. Это явилось бы организационно важным этапом в профилактике хронических поражений печени и их перехода в циррозы.

Поступила 2 августа 1962 г.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА И ПРОФИЛАКТИКИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПЕЧЕНИ

Проф. Б. Д. Боровская

Пропедевтическая терапевтическая клиника Ижевского медицинского института

При некотором учащении в последнее десятилетие заболеваний желчных путей и печени, именуемых холецистохолангитами, холецистогепатитами, гепатохолангитами, или, точнее, холангиогепатитами, клинике, лечению и профилактике их явно не уделяется должного внимания на страницах периодической печати. В то же время больные, страдающие этими заболеваниями, долго лечатся амбулаторно и стационарно, составляя значительную часть больных в поликлиниках и больницах, нередко на продолжительное время утрачивают трудоспособность. Это и побудило нас заняться изучением клинического течения сочетанных заболеваний желчных путей и печени,

их частоты, продолжительности обострения среди рабочих обслуживаемых возглавляемой нами клиникой. В связи с этим представляет большой интерес влияние диспансеризации подобных больных, равно как и результаты пребывания их в профилактории на течение и частоту обострений хронических заболеваний желчных путей и печени.

За последние 5 лет в поликлинике нашего объединения зарегистрирован 1591 первичный больной, страдающий хроническими заболеваниями желчных путей и печени. В течение 3 лет в клинике рабочих завода находилось на лечении 560 с сочетанными поражениями желчных путей и печени, что составляет 11,9% по отношению ко всем больным, находившимся на лечении в клинике, или же 49% по отношению ко всем больным с заболеваниями системы пищеварения.

В действительности количество страдающих хроническими заболеваниями желчных путей и печени больше, ибо в ряде случаев имеет место «содружественная патология» печени и желчных путей с заболеваниями желудка, двенадцатиперстной кишки, кишечника, где основным страданием являются язвенная болезнь, гастриты, колиты, а холангиогепатиты следует рассматривать как сопутствующие заболевания, накладывающие значительный отпечаток на течение основного заболевания. Эти случаи в вышеприведенные статистические данные, естественно, не включены.

Основная масса больных падает на молодой и средний возраст. Среди страдающих хроническими заболеваниями желчных путей и печени преобладают женщины (среди наших больных 1:1,9).

Основная масса больных хроническими холангиогепатитами предъявляла жалобы на боли в правом подреберье и подложечной области (72%), у 42% из них они были постоянными, периодически обострялись. Причиной усиления болей у большинства были погрешности в диете (34%), у 18% боли обострялись при выполнении работы, связанной с резкими физическими движениями и тряской, у 11% больных боли усиливались после психических волнений.

Около трети больных (31%) предъявляли жалобы на ощущение тяжести, распирания в верхней части живота; прием же грубой и жирной пищи вызывал у них боли в правом подреберье продолжительностью от получаса до нескольких часов.

У 35% больных были жалобы на боли в области сердца, причем у многих из них такая жалоба являлась основной. Некоторые из этих больных длительно и безуспешно лечились от «грудной жабы» и других «болезней сердца», не получая облегчения своих страданий, иногда переходили в поликлинику от одного врача к другому. У части больных одновременно с болями в области сердца были боли в правом подреберье. Заслуживает внимания то обстоятельство, что у 19% этих больных даже самый тщательный расспрос не устанавливал каких-либо других расстройств, и боль в области сердца была единственной их жалобой. У 47% больных с заболеванием желчных путей и печени боли иррадиировали под правую лопатку, правую ключицу. 9% больных длительно лечились в поликлинике от эндомиокардита. Кроме болевых ощущений в области сердца, они в ряде случаев жаловались на одышку, сердцебиение, общую слабость, что, сочетаясь с повышением температуры тела, при отсутствии или малой выраженности диспепсических расстройств, служило поводом для диагностики эндомиокардитов. Этому способствовало выявление некоторых объективных изменений со стороны сердца: небольшое расширение сердца влево, глухость тонов, систолический шум на верхушке и данные термометрии (стойкий субфебрилитет).

Диспепсические расстройства наблюдались у 69% больных. Наиболее частыми были плохой вкус во рту, временами — ощущение металла (59%), громкая отрыжка воздухом (43%), тошнота (45%), рвота (33%); прочие диспепсические явления встречались у 29% больных. Нередко эти диспепсические явления сочетались друг с другом.

Аппетит оказался пониженным у 45% больных, быстрая насыщаемость была у 37%. Нарушения функции кишечника в виде запоров были у 29% и жидкий стул — у 13% больных.

Жалобы на повышение температуры тела, чаще до 37,3—37,7°, отмечались у 62% больных, причем у части больных повышение температуры сопровождалось ознобами (9%).

Наконец, 32% больных предъявляли жалобы на слабость, быструю физическую и психическую утомляемость, расстройства сна, раздражительность, головную боль, головокружение. У 2,4% всех больных были только эти жалобы.

При исследовании больных холангиогепатитами сравнительно нечасто отмечалась небольшая субиктеричность склер (11%), нёба (12%), почти у 5% обнаружены явления ателектаза нижней доли правого легкого — так называемый симптом Боткина, о чем недавно подробно сообщил А. Я. Губергриц. У этих же больных при пальпации брюшной полости печень, как правило, была значительно увеличена и, очевидно, оттесняла соответственно правое легкое вверх.

При исследовании сердечно-сосудистой системы мы выявили расширение сердца в поперечнике, больше влево — у 82% больных, глухость тонов — у 87%, систолический шум на верхушке — у 83%. Тахикардия была у 29% больных, брадикардия — у 19%, у остальных число сердечных сокращений не выходило из пределов нормы. АД у 64% больных оказалось нормальным, а у 36% отмечена умеренная гипотония.

У половины больных обнаружена болезненность толстого кишечника, причем более выраженная при пальпации слепой кишки. У многих была выраженная болезнен-

ность пилородуоденального отдела, который прощупывался в виде тонкого, плотного болезненного тяжика. Наконец, что представляло основное диагностическое значение, печень оказалась увеличенной у 95% больных, причем у многих она выступала из-под правой реберной дуги на 2—5 см. У большинства консистенция печени была обычной, и только у 19% выявлялось небольшое уплотнение. Болезненность печени, как правило, была выражена у всех, причем отмечены и специальные «болевы точки», так, например, положительная пузырная точка отмечена у 88%, лопаточная — у 51%, Георгиевского — Мюсси (френкус-симптом) — у 41% и т. д.

Мы придавали большое значение наличию постоянного тимпанического звука над правой реберной дугой, над которой он, согласно В. П. Образцову, М. М. Губергрицу и Н. Д. Стражеско, расценивается как признак перипроцесса, в данном случае — перихолециста. Последний же в значительной степени обуславливает тяжесть и длительность заболевания. Тимпанит над правой реберной дугой обнаружен нами у 21% имевших длительный «печеночный» анамнез, неоднократно лечившихся в стационарах и на курорте.

О вовлечении печени в патологический процесс при заболеваниях желчных путей, помимо клинических фактов, свидетельствуют и данные функционального исследования печени (исследования Е. А. Губергриц и Л. О. Бабиковой, проведенные в нашей клинике).

Исследование антитоксической функции печени при помощи пробы Квика — Пытеля, проведенное у 169 больных, выявило ее снижение у 142. Средняя величина показателя состояния антитоксической функции печени составила 69,2%. Если подразделить несостоятельность антитоксической функции печени по степени, как это рекомендует Расторгуева-Архангельская, то среди исследованных нами больных недостаточность антитоксической функции I ст. (содержание гиппуровой кислоты 75—65%) наблюдалась у 59 больных, II ст. (64—55%) — у 84, III ст. (ниже 55%) — у 26. Следовательно, более чем у половины больных (у 110 из 169) было выраженное нарушение антитоксической функции печени.

Уровень протромбина крови изучен у 178 больных, при этом у 154 была выявлена гипопротромбинемия. Средняя величина протромбинового индекса составила 74,5%, что свидетельствует о нарушении протромбинообразовательной функции печени у больных с сочетанными заболеваниями желчных путей и печени.

Сулемово-фуксиновая проба выпала отрицательной у 30 из 178 больных; у 148 она оказалась положительной, причем у 59 — резко положительной, у 62 — положительной, у 27 — слабо положительной. Следовательно, у 121 больного сулемово-фуксиновая проба выпадала резко положительной и положительной, что подтверждает нарушение функции печени.

Формоловая проба выпала положительной у 56 из 178 больных.

Реакция сыворотки крови с люголевским раствором проводилась нами у 39 больных, при этом она выпала отрицательной у 12, слабо положительной — у 10, положительной — у 9 и резко положительной — у 8.

Нарушение пигментной функции печени сказывалось в уробилинурии у 129 из 178 исследованных больных, причем реакция мочи на уробилин у 91 из 129 была положительной и резко положительной. Содержание билирубина в крови у всех обследуемых нами больных не превышало верхней границы нормы.

Дуоденальное зондирование, как правило, проводилось у всех больных, причем выявлены значительные изменения в основном порций «В» и «С» (слизь, лейкоциты, клетки эпителия). Интересно отметить, что у 12,5% больных в желчи обнаружены ламблии обычно в сочетании с лейкоцитами и слизью.

Исследование желудочного сока установило нормальную кислотность у 31% больных, повышенную — у 27%, пониженную — у 23%, ахилия была у 19%.

Рентгенологическое исследование выявило у подавляющего большинства гастрит, дуоденит; луковица двенадцатиперстной кишки оказалась деформированной у 24%.

Внешнесекреторная функция поджелудочной железы оказалась несколько нарушенной у 22 из 38 больных, причем больше страдало отделение липолитического фермента.

Со стороны крови особых изменений выявить не удалось, в частности красная кровь у подавляющего большинства была нормальной. Со стороны белой крови на высоте заболевания отмечалась небольшая лейкопения (4000—5500) у 32% больных, у 20% содержание лейкоцитов в периферической крови было несколько повышено и колебалось в пределах 8000—11000; у остальных количество лейкоцитов было нормальным.

РЭО оказалась нормальной у половины больных; у остальных она была ускорена, причем у 23% превысила 20 мм/час.

Частым и нередко упорным симптомом у страдающих хроническими сочетанными заболеваниями желчных путей и печени было повышение температуры, объективно установленное у 67% больных. Температура в части случаев достигала 37,7°, чаще же она держалась в пределах 37,2—37,5° и, что особенно важно, была длительной и стойкой.

Частота и продолжительность обострений у больных заболеваниями желчных путей и печени обусловили значительное количество дней нетрудоспособности, в связи с чем представляет интерес выяснение влияния диспансеризации и пребывания в ночном профилактории на частоту и продолжительность обострений. На диспансерном

учете к концу 1959 г. состояло 626 больных (16,7% по отношению ко всем диспансеризованным), которые по отдельным годам распределяются так: 1951 г.— 51 человек, 52 г.— 98, 53 г.— 111, 54 г.— 150, 55 г.— 222, 56 г.— 418, 57 г.— 451, 58 г.— 626. Страдающие холангиогепатитами, находящиеся на диспансерном учете, подвергались регулярному врачебному наблюдению и применению ряда оздоровительных и профилактических мероприятий. На протяжении 1956—1959 гг. в специальном кабинете поликлиники проведено 6332 дуоденальных зондирования. При обнаружении в желчи воспалительных элементов или простейших (лямблий) проводилось зондирование повторно, таким больным назначались желчегонные, противовоспалительные средства, в ряде случаев антибиотики. При выраженных обострениях больные холангиогепатитами госпитализировались. За эти же годы в диетстоловой завода получали питание 914 больных, часть из них получала диетпитание по 1—2, иногда 2—3 раза в год, и, наконец, 720 лечились на курортах.

Диспансеризация страдающих хроническими заболеваниями желчных путей и печени типа холангиогепатитов, систематическое наблюдение за ними, периодически проводимые в условиях поликлиники в специальном кабинете дуоденальные зондирования, дача желчегонных средств, прием минеральной воды Ново-Ижевского источника, диетпитание в заводской диетической столовой вызвали значительное уменьшение потери дней трудоспособности, что иллюстрируется следующими данными по цехам.

Количество дней нетрудоспособности больных с поражением желчных путей и печени составило:

цех	до диспансеризации	после
а	311	196
б	658	387
в	220	39
г	360	215
д	309	127

Значительная часть больных периодически направлялась в ночной профилакторий, пребывание в котором у большинства оказывало благоприятный эффект: больные длительно продолжали свою обычную работу, не обращаясь в поликлинику, и не получали листов нетрудоспособности в течение 6—12 месяцев, в то время как до пребывания в профилактории они периодически освобождались от работы каждые 3—6 месяцев. Широкий охват диспансеризацией отягощенных хроническими заболеваниями желчных путей и печени, периодическое направление их в профилакторий, санатории и на курорты являются одним из эффективных мероприятий, обуславливающих благоприятное течение этих заболеваний, длительные ремиссии, уменьшение дней нетрудоспособности.

На основании нашего опыта мы полагаем, что больные с сочетанными заболеваниями желчных путей и печени типа холангиогепатитов должны находиться под диспансерным наблюдением, и эти наблюдения следует включить в список больных, подлежащих согласно указаниям Минздрава СССР обязательной диспансеризации.

Поступила 23 мая 1961 г.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТЕ

Проф. П. В. Кравченко и асп. В. Е. Волков

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

Вопросы тактики при острых панкреатитах до сих пор еще не разрешены, и разноречивы суждения о показаниях к хирургическому лечению. Что же касается основ хирургической тактики при острых холецистопанкреатитах, то они полностью еще не разработаны. Все это делает проблему тактики при этих заболеваниях весьма актуальной.

Ряд хирургов (Н. И. Блинов, В. М. Воскресенский, Н. Н. Самарин и др.) является сторонниками консервативного лечения острых панкреатитов, прибегая к оперативному вмешательству только при осложнениях острого панкреатита (абсцессы, кисты поджелудочной железы). Другие (А. Н. Бакулев, Н. В. Быстров, Б. А. Петров, С. В. Лобачев, Б. С. Розанов и др.) считают, что консервативный и оперативный методы лечения должны быть взаимодополняющими. Показанием к оперативному лечению являются деструктивные формы острого панкреатита (некроз, нагноение желе-