

Повторная рентгенокимография производилась через месяц после лечения и позже. При этом, по техническим причинам, нам удалось обследовать лишь 41 больного.

Если из числа этих больных до лечения I тип пульсации левого желудочка был обнаружен лишь у 4, то после приступов удушья он найден у 16, II — у 15 и III — у 10. Зубцы неодинаковой высоты и ширины с неровностями и зазубринами обнаружены лишь у 9. Дуга легочной артерии после лечения выступала наружу лишь у 8, а высокие ее зубцы обнаружены у 3 больных.

Признаки поражения и недостаточности миокарда правого желудочка исчезли почти у всех. Только у 4 больных мы наблюдали низкую амплитуду желудочкового компонента предсердных зубцов по правому контуру.

Электрокардиография до лечения производилась у 112 больных, после лечения — у 93.

Среди повторно обследованных у 45 до лечения обнаружено увеличение и уширение зубцов P_2 и P_3 , у 33 имелась правограмма.

У 13 больных обнаружено удлинение интервала $P-Q$, у 85 — смещение интервала $S-T$ (в том числе: смещение $S-T_1$ вверх — у 10, $S-T_2$ вниз — у 32, $S-T_2$ вверх — у 8, $S-T_3$ вниз — у 30 и $S-T_3$ вверх — у 5, у 46 — снижение зубца T).

После успешной необензиолотерапии, в связи с прекращением приступов удушья и восстановлением свободного дыхания, когда улучшились условия газообмена в легких, уменьшились и, в части случаев, исчезли явления гипоксии, а также значительно снизились рабочая нагрузка правого желудочка, электрокардиографические показатели состояния миокарда значительно улучшились. Так, увеличение и уширение P_2 и P_3 наблюдались у 8 больных, удлинение интервала $P-Q$ — у 6, смещение интервала $S-T$ — у 34, снижение зубца T — у 18, правограмма — у 19, левограмма — у 8 больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коган Б. Б. Тер. арх., 1941, вып. 1. — 2. Лазиди Г. Х. Врач. дело, 1957, 4. — 3. Он же. Фізіологічний журнал, 1959, 4. — 4. Лихтенштейн Е. И. Медицинский журнал, 1954, вып. 6.

Поступила 17 октября 1959 г.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

С. В. Базанова

Клиника факультетской терапии (зав.—доц. С. В. Базанова) Башкирского
медицинского института

Борьба с дискинезиями желчного пузыря имеет не только лечебное значение, но и профилактическое в отношении развития различных органических поражений желчевыводящей системы и, в первую очередь, ангиохолециститов.

Под нашим наблюдением за 1954—1959 гг. находилось с дискинезиями желчного пузыря 55 больных, среди которых преобладали женщины молодого и среднего возраста. Давность заболевания колебалась от 8 мес. до 10 лет, причем у половины больных не превышала 4—5 лет.

Тщательное изучение анамнеза выявило связь возникновения заболевания с аллергическими моментами, эндокринными нарушениями и, чаще всего, психогенными воздействиями.

Заболевание развивалось на фоне выраженных функциональных расстройств нервной системы (повышенная нервная возбудимость, раздражительность, стойкий красный дермографизм и др.). У 20 больных отмечались тупые боли постоянного характера в эпигастриальной и пилорoduodenальной зонах, у 5 — слабые приступы желчно-пузырной колики. У остальных периодически возникали кратковременные боли в правом подреберье, связанные с отрицательными эмоциональными моментами или менструальным циклом.

В уточнении диагностики дискинезий желчного пузыря большое значение имеет холецистография, позволяющая судить о расположении, величине, форме, а также о состоянии концентрационной и двигательной функции желчного пузыря.

Изучение времени опорожнения пузыря после желчегонного завтрака (при серийной холецистографии) показало у 35 больных гипомоторно-гипотоническую, у 14 — гипермоторную и у 6 — гипертоническую дискинезию. Опорожнение пузыря от контрастной желчи наступало при гипермоторной дискинезии через 30—60 мин после приема яичных желтков и через более длительное время, превышавшее 3—4 ч., при гипертонической и гипомоторной дискинезиях. Концентрационная функция пузыря во

всех случаях была хорошей. Никаких указаний на органические поражения желчного пузыря не было найдено.

Если в норме желчь «В» появляется спустя 18—20 минут после интрадуоденального введения сернокислой магнезии, то при гипертонической и гипомоторно-гипотонической формах дискинезии оно наступало через 25—40 мин; при этом у части больных наблюдалось прерывистое отделение значительного количества (50—80 мл) темной концентрированной желчи, свидетельствующее о постепенном опорожнении застойного пузыря. При гипермоторных дискинезиях отделение пузырной желчи наступало спустя 5—15 мин после введения раздражителя, причем количество ее не превышало 30—35 мл. Вследствие повышенной раздражимости желчевыводящих путей при гипермоторной дискинезии у некоторых больных желчь была получена только после неоднократных зондирований. Характерным для дискинезий желчных путей являются не только различные варианты во времени появления и активности пузырного рефлекса, но и отсутствие последнего (Т. М. Мирзаев, 1957; Сантанжело, 1956). Микроскопия полученных порций желчи, как правило, не выявляла признаков воспалительного поражения желчевыводящих путей.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта выявило, наряду с нарушениями моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (гипотония, пилороспазм, дуоденостаз), у большинства также и дискинетические расстройства толстого кишечника с удлинением пассажа бария от 72 до 240 ч.

Исследование секреторной функции желудка показало у 29 человек нормальные секрецию и кислотность, у 17 — повышение и у 9 — понижение. Экскреторная функция была нормальной. Содержание билирубина в сыворотке крови больных также было нормальным.

Лечебное питание предусматривало нормальное количество углеводов, белков, витаминов, липотропных веществ, с ограничением жиров и продуктов, содержащих холестерин. Исключением являются гипомоторные дискинезии, при которых показана пища, отличающаяся холецистокинетическим действием (яйца, сливочное и оливковое масло и др.). Для стимулирования оттока желчи важно приучать больных к определенному пищевому режиму (частое питание малыми порциями, запрещение кислых и холодных блюд для предупреждения рефлекторного спазма привратника и сфинктера Одди). Полезны разгрузочные дни — овощные и фруктовые. Чтобы закрепить пузырно-кишечный рефлекс, нужно следить за правильным функционированием кишечника.

Общетонизирующее действие лечебной физической культуры позволяет рекомендовать ее при дискинезиях желчного пузыря. Упражнения, усиливающие работу мышц туловища, брюшного пресса и диафрагмы, активно стимулируют циркуляцию крови в портальной системе, а также процессы желчеотделения. Рекомендуется комбинировать лечебную гимнастику с тубажем [В. И. Разумовский (1928); Б. Кайо (1938); К. Н. Лучинкина (1940)].

При лечении дискинезий, протекающих со спазмом шейки пузыря и протоков, с успехом применяются эритемотерапия, гальванический ток, диатермия, обладающие антиспастическим свойством. При гипо- и атонических дискинезиях желчного пузыря вместе с диатермией и ионофорезом целесообразна влажная ритмическая фарадизация области правого подреберья (С. П. Шипилин, 1938).

Медикаментозное лечение должно быть дифференцированным в зависимости от особенностей нарушения моторной функции пузыря. Поскольку в механизме выхода желчи имеют значение: 1) расслабление тонуса дистального отдела общего желчного протока и 2) активная деятельность желчного пузыря, применяются: а) холеспазмолитические вещества (яичный желток, соляная кислота, сернокислая магнезия, минеральные воды, атропин, папаверин), расслабляющие тонус общего желчного протока; б) холекинетические (пептон, яичный желток, питуитрин, гистамин и др.), повышающие тонус желчнопузырной системы.

Для ликвидации болевого симптома необходимо курсовое применение спазмолитических препаратов, расслабляющих тонус дистальной части общего желчного протока [атропин, платифиллин, лидол, тифен, сернокислая магнезия, интрадуоденальное введение 0,5% раствора новокаина — Н. И. Ионова (1956—1957) и др.]. При гипо- и атоническом пузыре вводятся холецистокинетические средства посредством дуоденального зонда, что вызывает усиление сократительной способности пузыря и закрепляет нормальный рефлекс со стороны сфинктера Одди. С этой же целью можно рекомендовать интрадуоденальное введение настоя растительных веществ, применяемых в народной медицине, — плодов шиповника, березовых почек, волос кукурузы и др. По В. В. Оржешковскому (1958), наибольшее количество желчи выделяется после введения настоя из травы чистотела, а наибольшее понижение вязкости желчи — при применении волос кукурузы.

Следует шире использовать психотерапевтические воздействия, седативную терапию, общетонизирующие и общеукрепляющие мероприятия. При эндокринных нарушениях показана гормонотерапия, при аллергических проявлениях полезны антигистаминные препараты.

Описанное лечение привело к улучшению (благоприятные сдвиги со стороны нервной системы, исчезновение болевого симптома и диспепсических расстройств), а у ряда лиц — к устранению дискинетических нарушений желчевыводящей системы.

Повторная холецистография показала, что из 38 человек у 17 нормализовалась моторная функция желчного пузыря. У 15 больных, при субъективном и объективном улучшении, двигательная функция пузыря все же осталась нарушенной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Греджев А. Ф. Клин. мед., 1957, 4. — 2. Ионов Н. И. Тез. конф. Казанского ин-та усов. врачей, 1957. — 3. Климов В. Н. Клин. мед., 1957, 5. — 4. Лучинкина К. Н. Тр. бальнеол. ин-та, Пятигорск, 1940. — 5. Мирзаев Т. М. Педиатрия, 1957, 5. — 6. Орешковский В. В. Врач. дело, 1958, 3. — 7. Орлов И. И. Юбил. сборн. работ, посв. проф. Шиловцеву, Куйбышев, 1949. — 8. Разумовский В. И. Клин. мед. 1928, 10.

Поступила 28 ноября 1959 г.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТИМОЛОВОЙ ПРОБЫ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Л. И. Гольдберг и Р. И. Воробьевская

1-я городская больница г. Магнитогорска (главрач — Г. И. Дробышев)

Для суждения о степени нарушения различных функций печени, а также дифференциальной диагностики паренхиматозных, обтурационных и гемолитических желтух большое значение приобрели функциональные пробы. Одна из них — проба тимолового помутнения — использована в качестве теста для суждения о нарушении белковой функции печени при эпидемическом гепатите.

Приготовление тимол-веронал-мединалового буфера производится по общепринятой методике (С. Д. Балаховский, И. С. Балаховский — «Методы химического анализа крови», Медгиз, 1953).

Накопленный нами опыт позволяет рекомендовать следующую методику: к 0,1 мл исследуемой сыворотки добавляется 3 мл тимол-вероналового буфера, и смесь оставляется на 30 мин. Такая выдержка смеси — наиболее оптимальное условие для образования равномерной мути, поскольку при большой экспозиции происходит выпадение флоккулята, что весьма снижает точность результата.

Для более объективной оценки результатов пробы нами, совместно с А. А. Бадьиным, сконструирован прибор для определения степени помутнения исследуемой смеси.

Для определения нормальных показателей пробы тимолового помутнения нами произведено 117 исследований сывороток крови 51 донора. Наименьшие показания при этом были 2,6 ед. (4), наибольшие — 3,4 ед. (3). Подавляющее же большинство исследований дали результаты от 2,8 до 3,2 ед., что и позволяет их считать за норму.

Для проверки ценности данной пробы для диагностики эпидемического гепатита нами исследовано 222 больных с желтухами различной этиологии.

Больные были распределены на 3 группы. В первую группу вошло 7 больных с гемолитической желтухой; во вторую — 71 с обтурационной, 58 — с желчнокаменной болезнью, 6 страдающих раком головки поджелудочной железы, 5 — раком желудка с метастазами в печень и 2 с эхинококком печени; в третью группу вошло 144 — с эпидемическим гепатитом.

Проба тимолового помутнения у всех больных с гемолитической желтухой была в пределах нормы (2,8 — 3,2 ед.).

У больных второй группы повышенная проба тимолового помутнения обнаружена только в двух случаях: у больного с желчнокаменной болезнью, отягощенной недостаточностью сердечной деятельности III (3,8 ед.), и у больного раком головки поджелудочной железы, сопровождавшимся вторичным билирным циррозом (4,2 ед.).

В третьей группе женщин было 79, мужчин — 65. Тяжелая форма эпидемического гепатита была у 15, средней тяжести — у 60 и легкая форма — у 69.

Проба тимолового помутнения была положительной во всех без исключения случаях эпидемического гепатита, причем степень помутнения зависела от тяжести и давности заболевания. Параллелизм между степенью тимолового помутнения и количеством билирубина в крови отсутствовал. Аналогичные данные приводят в своих работах К. С. Косяков, В. Г. Смагин, однако, в отличие от последнего, следует указать, что, по нашим данным, четко отмечается более быстрое снижение билирубинемии, по сравнению с уменьшением мутности тимоловой пробы. Следует указать также, что во всех случаях реконвалесценции, где при нормальном содержании билирубина в крови отмечалась повышенная тимоловая проба, реакция ван-ден-Берга была всегда прямой.

Не отмечается строгого параллелизма между содержанием общего белка и его фракций в крови и степенью тимолового помутнения, хотя, как известно, поражение