

деления пузырной желчи, а также «отрицательная» холецистограмма свидетельствуют о калькулезном холецистите.

Для исследования пятой фазы достаточно собрать 2—3 пробы. Нами установлено, что по окраске истекаемой желчи в этой фазе можно судить о морфологическом и функциональном состоянии протоков и клеток печени. При явлениях холангита по данным спектрофотометрии изменяется длина волны — отмечается сдвиг от 418 до 426 нм. На основании данных этой фазы холангит установлен у 4 больных с явлениями холецистита, а гепатит — у 40 больных (у 17 с постхолецистэктомическим синдромом и у 23 с холециститом). Появление в этой фазе при повторном введении магния сине-зеленой желчи указывает на нарушение сократительно-дренажной функции желчного пузыря (нами оно было определено у 37 из 65 оперированных и подтвердилось на операции).

Таким образом, показатели первой фазы, характеризующиеся изменением не только количества, но и качества полученной желчи типа «остаточной» (за счет повышения концентрации билирубина в холедохеальной желчи), говорят о нарушении сократительной функции желчных протоков или нарушении проходимости в терминальном отделе холедоха. Данные, полученные во второй фазе, дополняют сведения первой фазы, поскольку они позволяют установить явления папиллоспазма или органического стеноза сфинктера Одди. Так, наличие «остаточной» желчи с высокой концентрацией билирубина и недостаточность сфинктера Одди или закрытие последнего на 7—8 мин указывают на явления стеноза терминального отдела холедоха.

Изменения в показаниях четвертой фазы дают основания судить о сократительно-дренажной функции желчного пузыря и об окислительно-восстановительных процессах в печени и стенке желчного пузыря. Изменения же в пятой фазе указывают на нарушения в состоянии печеночной паренхимы и требуют в основном терапевтического лечения.

В заключение можно сказать, что в условиях неотложной хирургии рентгенологические методы обследования внепеченочных желчных путей дают на ранних сроках после перенесенного приступа существенно меньшую частоту контрастирования, чем при плановой, поскольку для нормализации функционального состояния печени у этого контингента больных требуется значительно больше времени. Все это обуславливает трудности выбора метода лечения после перенесенного приступа. Хроматическое исследование дуоденальной желчи, подкрепленное спектрофотометрией, позволяет избежать недостатков рентгенологического обследования, поскольку метод дает возможность судить о состоянии желчного пузыря и терминального отдела холедоха, а также печени, выявляя при этом не только степень проходимости терминального отдела холедоха, но и степень компенсации желчеоттока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Ф. П. Вестн. хир., 1976, 3. — 2. Дихтенко Г. И. Клин. хир., 1971, 3. — 3. Jliescu G. Zbl. Chir., 1967, 19, 661. — 4. Reich H. Surg. Gynec. Obstet., 1940, 71, 39.

Поступила 16 декабря 1980 г.

УДК 616.366—002—06:616.36—008.5—089.8

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Г. Б. Машаров

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. К. И. Мышкин) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Реферат. Из 420 прооперированных больных острым холециститом у 132 (31,4%) была обтурационная желтуха. Только 2 больных были оперированы экстренно в связи с перитонитом; у остальных 130 применение форсированного диуреза и рациональная противовоспалительная терапия антибиотиками сняли острые явления. Это дало возможность полноценно обследовать больных и оперировать их в благоприятных условиях относительно холодного периода. Желтуха исчезла полностью в сроки от 7 до 16-го дня от начала лечения. Большинство больных оперированы именно

в этот срок. Послеоперационная летальность в холодном периоде составила 3,1%.
Ключевые слова: острый холецистит, обтурационная желтуха, сроки оперативного лечения.

1 таблица. Библиография: 4 названия.

Вопрос о тактике при обтурационной желтухе, развившейся на фоне острого холецистита, остается пока спорным. Одни авторы считают наличие обтурационной желтухи прямым показанием к экстренной операции, другие находят целесообразным удлинять допустимые сроки наблюдения до 6—10 дней.

За 1977—1978 гг. мы прооперировали 420 больных острым холециститом. Обтурационная желтуха была у 132 (31,4%) из них (105 женщин и 27 мужчин; 56,8% — старше 60 лет). У 63 больных общее состояние осложнялось сопутствующими заболеваниями, среди которых первое место занимали различные осложнения атеросклероза. 7 больных поступили в тяжелом состоянии и 78 — в среднетяжелом.

Клиническая картина заболевания была достаточно типичной. Желтуха, как правило, развивалась вслед за приступом острых болей в правом подреберье или эпигастриальной области. Четко выявлялись общие и местные проявления воспалительного процесса.

Содержание общего билирубина сыворотки крови у 91 больного составило $51,3 \pm 1,0$ мкмоль/л, у 33 — $100,9 \pm 3,2$ мкмоль/л, у 8 — $232,6 \pm 20,5$ мкмоль/л, количество прямого билирубина — 70—80% от общего.

Мы придерживаемся в настоящее время следующей тактики. Вынужденно в первые часы оперируем только больных с клинической картиной разлитого перитонита. Всем остальным больным проводим с момента поступления в стационар интенсивную противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию. Полное отсутствие эффекта от лечения в течение 48—72 ч служит показанием к экстренной отсроченной операции. Остальных больных мы оперируем после стихания острых явлений и полноценного обследования.

Медикаментозную терапию строим по определенным принципам, которые, как показал наш опыт, полностью оправдали себя в лечении больных острым холециститом, не осложненным холестазом [2]. В экстренной хирургии врач часто сталкивается с задачей быстро подавить воспалительный процесс, чтобы снизить интоксикацию и уменьшить степень риска операции. В таких обстоятельствах на определение чувствительности к антибиотику нет времени. Это побудило нас разработать схему применения предельно допустимых доз антибиотиков в тех случаях, когда лечение необходимо начать сразу же. Именно массивными дозами антибиотиков часто удается добиться эффекта там, где к обычным дозам возбудитель не чувствителен.

Схема основана на применении максимально допустимых доз различных по механизму действия антибиотиков в определенной последовательности. Лечение начинали с пенициллина (20—40 млн. ЕД в сутки внутривенно), как антибиотика, задерживающего синтез клеточных оболочек микроорганизмов и вызывающего бактериолизис. Пенициллин может быть заменен его полусинтетическими производными или производными цефалоспориновой кислоты (цефопин) также в максимальных дозах. При отсутствии эффекта в течение 1—2 дней пенициллин заменяли аминогликозидами (канамицин, мономицин), влияющими на обменные процессы в микробной клетке. Отсутствие эффекта в течение суток служило показанием к новой смене антибиотиков. В этом случае назначали большие дозы антибиотиков тетрациклиновой группы.

Основным средством дезинтоксикационной терапии служило форсирование диуреза, проводимое по определенной схеме. Предварительно в порядке подготовки к форсированному диурезу больным внутривенно капельно вводили до 2 л изотонического полиионного раствора, 0,3—0,5 л 5% раствора бикарбоната натрия, гемодез или неокмпенсан.

Собственно форсирование диуреза достигалось внутривенным введением маннитола или лазикса при продолжающемся более медленном введении солевых и глюкозированных растворов. Показателями адекватности проводимых мероприятий мы считали дебит/час мочи 0,08—0,1 л при выбросе калия и натрия в количестве не менее 25 ммоль/л. В случае недостаточного диуретического эффекта добавляли антагонисты альдостерона (верошпирон, альдактон).

Форсирование диуреза проводили в течение 2—3 дней (иногда дольше) по 3—4 ч, под контролем ионограммы крови и показателя гематокрита. Завершающим этапом служило проведение мероприятий, направленных на восстановление объема циркулирующей крови и онкотического давления плазмы (переливание плазмы или цельной крови).

Противовоспалительное лечение продолжали до клинического стихания воспалительных явлений. Одновременно применяли средства, улучшающие функциональное состояние печени, сердечной мышцы, — глюкозу с инсулином, поливитамины. Назначали обезболивающие препараты и спазмолитики. При сопутствующем панкреатите на 2—3 дня исключалось пероральное питание.

Только две больные, поступившие в стационар с клинической картиной разлитого перитонита, были оперированы вынужденно в первые часы с момента поступления. У обеих больных, кроме холецистэктомии, потребовались вскрытие общего желчного протока, удаление камней, холедохостомия и дренирование брюшной полости. Одна из этих больных умерла на 6-е сутки после операции от холемического кровотечения и печеночно-почечной недостаточности.

У остальных 130 больных был получен ожидаемый лечебный эффект. Под влиянием лечения температура, как правило, в течение нескольких дней приходила к норме, снижались явления гнойной интоксикации, разрешался холестаз, исчезала или значительно снижалась холемия. Ликвидация холемии позволяла провести клинкорентгенологическое обследование (дуоденальное зондирование, пероральную и внутривенную холецистохолангиографию, радиоизотопное сканирование печени) и у большинства больных до операции установить причину желтухи. У 121 больного причиной обтурационной желтухи оказалась желчнокаменная болезнь, у 3 — острый холангит, у 8 — обострение сопутствующего хронического панкреатита.

130 больных были оперированы в интервале от 7 до 16-го дня с момента поступления в стационар после полноценной предоперационной подготовки. Только у 13 больных к моменту оперативного вмешательства уровень билирубина сыворотки крови еще оставался незначительно повышенным.

Всем больным произведена холецистэктомия с ревизией желчных путей. У большинства пациентов общий желчный проток зашит наглухо с временной декомпрессией его через культю пузырного протока. 11 больным выполнена холедоходуоденостомия, показанием к которой послужили индуративный панкреатит (8 больных) или стенозирующий папиллит (3 больных). Из 130 больных, подвергшихся отсроченной операции, умерли 4 (3,1%). Причиной смерти у 1 больной послужила недостаточность швов холедоходуоденостомоза, у 2 — пневмония и у 1 — тромбоэмболия легочной артерии. У 4 больных послеоперационное течение осложнилось нагноением раны, у 1 — поддиафрагмальным абсцессом, который потребовал оперативного лечения. У остальных больных послеоперационный период протекал гладко.

Эффективность комплексного лечения иллюстрируют приведенные в таблице сравнительные сроки ликвидации желтухи в изучаемой и контрольной группах (больные, оперированные экстренно, исключены из подсчета). Уже с 3-го дня различия в эффективности лечения становятся статистически достоверными и нарастают с каждым

Сроки разрешения холемии в зависимости от вида лечения

Сроки ликвидации желтухи, дни	Группы больных				P
	получавшие лечение	комплексное (n=130)	контрольная (n=121)		
			число больных	M±m, %	
2-й	16	12,3±2,9	—	—	—
3-й	29	22,4±3,6	9	7,4±2,4	<0,01
4-й	46	35,4±4,2	15	12,4±3,0	<0,001
5-й	60	46,2±4,4	19	15,7±3,1	<0,001
6-й	77	59,2±4,3	31	25,6±4,0	<0,001
7-й	90	69,2±4,0	43	35,6±4,3	<0,001
16-й	117	90,0±2,7	65	53,7±4,5	<0,001

днем. К 7-му дню холемия исчезла почти у 70% комплексно леченных больных, а к 16-му дню — у 90%. Все 130 больных изучаемой группы были оперированы именно в этом интервале.

Общая летальность в изучаемой группе больных составила 3,8%, в контрольной — 6,8%.

По-видимому, при условии адекватной предоперационной подготовки срок с 7 по 16-й день можно считать наиболее благоприятным для оперативного лечения больных острым холециститом, осложненным обтурационной желтухой неопухолевого происхождения. Сходные данные имеются и в литературе [1, 3, 4].

ВЫВОДЫ

1. При остром холецистите, осложненном холестазами, лечение большими дозами антибиотиков с правильной сменой их в процессе лечения, проведение форсированного диуреза позволяют у большинства больных купировать острый воспалительный процесс, ликвидировать холемию, провести полноценное обследование и предоперационную подготовку.

2. Выполнение оперативного вмешательства в условиях холодного периода уменьшает частоту осложнений и снижает послеоперационную летальность.

3. Наиболее благоприятными сроками для оперативного вмешательства у этой категории больных являются 7—16-й дни от начала лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Королев Б. А., Пиковский Д. Л. Осложненный холецистит. М., Медицина, 1971. — 2. Мышкин К. И., Кон Л. М. Хирургия, 1977, 9. — 3. Петров Б. А., Гальперин Э. И., Иванова Н. Н. Там же, 1970, 4. — 4. Смирнов Е. В. Хирургическое лечение обтурационной желтухи желчнокаменного и травматического происхождения. Л., Медицина, 1959.

Поступила 22 января 1980 г.

УДК 615.357.451:616.921.5:616.124.2

ВЛИЯНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГРИППОМ

Н. А. Булатова

Кафедра инфекционных болезней (зав.—доц. Д. Ш. Еналеева) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Исследованы изменения фазовой структуры систолы левого желудочка у 35 больных гриппом под влиянием однократного внутривенного вливания преднизолона в дозах 30 мг и 60 мг. Выявлено положительное инотропное влияние преднизолона на сердце у больных гриппом. Эффективность действия пропорциональна введенной дозе препарата.

Ключевые слова: грипп, сердце, преднизолон.

Библиография: 16 названий.

Вопрос о назначении глюкокортикостероидов (ГКС) при гриппе до настоящего времени не окончательно решен. Отечественные и зарубежные клиницисты рекомендуют применение ГКС при тяжелых и гипертоксических формах гриппа [4, 5, 15]. Прямым показанием к назначению гормонов большинство клиницистов считает острую сосудистую недостаточность [1, 4]. У больных гриппом с гипотонией при выраженной интоксикации чаще всего используются терапевтические дозы гормонов. Ввиду остроты развивающихся симптомов и необходимости получения быстрого эффекта считается целесообразным внутривенное введение ГКС [9].

О положительном влиянии преднизолона у больных гриппом при кардиоваскулярном синдроме в доступной литературе мы встретили только одну работу [16].

Цель нашего исследования заключалась в изучении влияния однократного внутривенного введения преднизолона в дозах 30 и 60 мг на сократительную функцию миокарда и некоторые параметры центральной гемодинамики у больных гриппом в состоянии гипотонии. Проведено динамическое наблюдение за 35 больными тяжелой формой гриппа (18 женщин и 17 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет). Диагноз гриппа основывался на данных клинической картины, эпидемиологической ситуации, серологических, вирусологических исследований. Отмечено выделение вируса А₂ (Техас 77). У всех обследованных отсутствовали в анамнезе указания на патологию сер-