

# ИССЛЕДОВАНИЕ ПАПИЛЛОСТЕНОЗА С ПОМОЩЬЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ

О. С. Кочнев, В. Н. Биряльцев

Кафедра неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Дооперационная диагностика функционального состояния сфинктера Одди представляет значительные трудности. Среди инструментальных методов диагностики наибольшее распространение получило рентгеноконтрастное исследование внепеченочных желчных путей. Однако разрешающая способность внутривенной холеграфии составляет не более 85% [6].

Сопоставив результаты рентгеноконтрастных дооперационных исследований в неотложной хирургии с операционными находками у 218 больных с осложненным холециститом, мы обнаружили, что разрешающая способность этого метода достигает лишь 60%. Диагностические трудности усугубляются двумя обстоятельствами: во-первых, несоответствием ширины общего желчного протока степени стеноза большого дуоденального сосочка (БДС), которое имеется, по нашим данным, у 32% больных [4], и, во-вторых, отсутствием билирубинемии у 60% больных с нарушением проходимости БДС. Наличие более сложных инструментальных методов диагностики (фиброгастродуоденоскопии, лапароскопии, эхографии) не исключает поиска и совершенствования более простых и доступных способов диагностики состояния БДС.

В связи с этим мы решили усовершенствовать метод многофракционного хроматического зондирования при заболеваниях БДС и повысить точность данного метода.

Известные способы хроматического зондирования дают 30—40% ошибок [1]. Поэтому вначале мы проверили диагностическую ценность многофракционного хроматического зондирования по методу Г. И. Дихтенко (1971) у 75 больных. Данные

Таблица 1

Данные диагностики функционально-морфологического состояния сфинктера Одди

Способ диагностики функционального состояния сфинктера Одди	Дооперационный период		Послеоперационный период		Число расхождений	Процент расхождений
	папиллостеноз		папиллостеноз			
	—	+	—	+		
Сернокислая магнезия 33% . . .	49	26	33	42	16	21
Бета-адреноблокатор (анаприлин)	14	14	12	16	2	7

лабораторных исследований были сопоставлены у 65 больных с операционными находками (табл. 1), на основании чего удалось выяснить, что стеноз БДС с использованием традиционных методов исследования (по данным зондирования с применением сернокислой магнезии) можно установить только в 63%, а рентгенологически — в 23%. Эти ошибки связаны с тем, что растворы, вводимые через зонд для определения функционального состояния сфинктера Одди, обладают лишь опосредованным действием на него путем усиления выработки интестинальных гормонов.

Поскольку все существующие методы дооперационной диагностики недостаточно информативны, во время операции часто допускаются тактические ошибки (особенно при начинающихся стриктурах), которые увеличивают число больных с постхолецистэктомическим синдромом. Даже при использовании современных методов диагностики функционального состояния сфинктера Одди (дебитоманометрии, бужирования большого дуоденального сосочка, холангиографии с применением рентгенотелевизионной установки) число таких больных составляет от 20 до 30%. В связи с этим разработка дооперационных методов диагностики функционального состояния сфинктера Одди имеет решающее значение для исхода заболевания.

Учитывая все эти предпосылки, мы попытались разработать метод непосредственного нейрогенного действия на сфинктер Одди [5].

Известно, что в мышечной стенке сосудов имеются альфа- и бета-адренорецепторы, при воздействии на которые происходит снижение или повышение тонуса сосудистой стенки [2]. По нашим предположениям, альфа- и бета-адренорецепторы, ответственные за сокращение и расслабление сфинктера Одди, расположены в самом сфинктере. Поэтому мы решили проверить действие на сфинктер Одди бета-адреноблокаторов, обладающих в основном нейрогенным констрикторным действием. Данный способ с большей достоверностью в дооперационном периоде дает представление о функциональном состоянии сфинктера Одди и в связи с этим возможность прогнозирования вида оперативного вмешательства при наличии органической патологии со стороны БДС или консервативной терапии при отсутствии органических изменений в нем.

Для усовершенствования метода многофракционного хроматического зондирования при заболеваниях БДС и повышения диагностической точности данного способа нами предложено введение бета-адреноблокатора (анаприлина) во время хроматического зондирования. Действие анаприлина наступает через 25—30 мин при пероральной даче препарата. Прекращение поступления желчи через дуоденальный зонд после дачи анаприлина практически расценивается как нормальная реакция сфинктера Одди вследствие сокращения последнего, а продолжающееся выделение желчи как признак морфологических изменений со стороны БДС, то есть папиллостеноз (табл. 2).

Таблица 2

Данные хроматического зондирования в сопоставлении с результатами до- и интраоперационных исследований внепеченочных желчных путей при холециститах

Дооперационный диагноз	Результаты исследования и операционные находки			
	данные хромо- зондирования	обнаружено на операции	установлено рентгенологи- чески да опе- рации	обнаружено на операции
Папиллоспазм . . . . .	6	—	—	—
Наличие стеноза . . . . .	19	34	7	34
Отсутствие стеноза . . . . .	40	31	54	31

Подобные исследования проведены нами у 47 больных, 28 из которых оперированы по поводу патологии внепеченочных желчных путей. У 12 больных патологии со стороны сфинктера Одди не выявлено, у 14, по данным хроматического зондирования с применением анаприлина, констатировано наличие стеноза БДС. Применение анаприлина при хроматическом зондировании, проведенном в дооперационном периоде, дало возможность установить наличие неосложненного холецистита у 12 больных, что подтвердилось во время операции данными холангиодебитоманометрии, холангиографии и зондированием БДС. У 16 больных во время операции обнаружено наличие стриктуры терминального отдела общего желчного протока, что не всегда определялось на интраоперационных холангиограммах, не выявлялось бужированием БДС и последующим исследованием биоптата сосочка после операции.

Таким образом, благодаря данному способу уже в дооперационном периоде было установлено наличие папиллостеноза, что потребовало тщательного обследования внепеченочных желчных протоков во время операции и проведения соответствующей хирургической коррекции непроходимости БДС. В то же время дооперационная холангиография не давала таких четких данных о функциональном состоянии сфинктера Одди при ширине общего желчного протока 0,9—1,1 см и могла бы повлечь за собой неверную хирургическую тактику.

Следовательно, используя метод определения функционального состояния сфинктера Одди с помощью бета-адреноблокаторов (анаприлина), можно в большинстве случаев выбрать объем оперативного вмешательства, а также решить вопрос о тактике консервативной терапии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов В. В., Зима П. И., Кочиашвили Ф. А. Непроходимость желчных путей. М., Медицина, 1977.—2. Закусов В. В. Клиническая фармакология. М., Медицина, 1978.—3. Дихтенко Г. И. Клин. хир., 1971, 3.—4. Кочнев О. С., Биряльцев В. Н., Ким И. А., Давлеткильдеев Ф. А. Хирургия,

УДК 616.441—008.61—059:546.34'264

## ПРИМЕНЕНИЕ КАРБОНАТА ЛИТИЯ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

М. И. Слобожанин, Н. М. Петров

*Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. В. С. Чуднова), кафедра госпитальной терапии № 1 (зав.—проф. Л. А. Лецинский) Ижевского медицинского института*

Предоперационная подготовка больных токсическим зобом остается трудной и актуальной проблемой для хирургов и эндокринологов. Одним из эффективных методов предоперационной подготовки больных тиреотоксикозом считается сочетанное применение мерказолила с препаратами неорганического йода, резерпином,  $\beta$ -адреноблокаторами, ганглиоблокаторами. Однако ряд авторов [2, 5], применяя препараты йода и брома с мерказолилом, не отмечали значительного тиреостатического эффекта и потому такое сочетание считали неоправданным. Антитиреоидная терапия мерказолилом, наряду с положительными, имеет ряд отрицательных моментов: обладает зобогенным действием, в больших дозах угнетает гемопоэз, противопоказана беременным, а главное, нередко неэффективна. Имеются больные совершенно резистентные к мерказолилу [1].

Учитывая это, мы включили в предоперационную подготовку больных диффузным и узловым токсическим зобом, наряду с мерказолилом, карбонат лития, который оказывал одновременно антиструмогенный, антитиреоидный и седативный эффект [3, 6, 7].

Функциональное состояние щитовидной железы контролировали радионуклидными и радиоиммунными методами. Подзахватную функцию щитовидной железы в течение суток определяли на радиометре МК-150. Процент поглощения  $^{131}\text{I}$  щитовидной железой у 170 здоровых лиц через 2 ч был равен  $8,47 \pm 0,3$ ; через 4 ч —  $15,2 \pm 0,8$ ; через 24 ч —  $29,0 \pm 0,4$  [4]. В периферической крови устанавливали общее содержание гормонов трийодтиронина ( $\text{T}_3$ ) и тетрайодтиронина ( $\text{T}_4$ ) с помощью наборов «Рез-0-Мат» (ФРГ). В инструкции по использованию данных наборов приведены значения  $\text{T}_3$  и  $\text{T}_4$  при различных функциональных состояниях щитовидной железы, в частности при эутиреозе ( $\text{T}_3$  — в пределах 8,7—11,3 мг/л,  $\text{T}_4$  — 50,0—137 мг/л) и гипотиреозе ( $\text{T}_3$  — больше 11,3 мг/л,  $\text{T}_4$  — меньше 50,0 мг/л).

Предоперационная подготовка и оперативные вмешательства выполнены у 64 больных диффузным и диффузно-узловым токсическим зобом. Большинство из них были в возрасте от 20 до 50 лет, причем легкая форма тиреотоксикоза выявлена у 37 больных, среднетяжелая — у 27. По характеру предоперационной подготовки больные разделены на две группы: к 1-й отнесли 41 больного токсическим зобом (25 — с легкой степенью и 16 — средней тяжести), которые до операции получали карбонат лития по 300 мг 4 раза в сутки; во 2-й группе 23 больным (12 — с легкой формой и 11 — со средней) назначали мерказолил в сочетании с раствором Люголя за 5—7 дней до операции.

У больных 1-й группы при легкой степени тиреотоксикоза выраженный седативный эффект наблюдался через 10 дней, при среднетяжелой — через 30 дней. Больные становились спокойными, уравновешенными, исчезали психоэмоциональная лабильность, плаксивость, раздражительность, снижалось двигательное возбуждение, нормализовался сон, прекращались боли в сердце и сердцебиение. К концу периода лечения отмечалось полное отсутствие тремора пальцев рук и увеличение массы тела в среднем на 2 кг.

Сочетанное лечение карбонатом лития и мерказолилом при легкой и, особенно, среднетяжелой форме тиреотоксикоза приводило к отчетливому угнетению повышенной функции щитовидной железы как в неорганической, так и гормонально-транспортной фазах йодного цикла (табл. 1).

Все больные были оперированы в эутиреоидном состоянии, о чем свидетельствует