

удалению. Кроме того, дооперационное контрастирование желчных протоков позволяет определить объем и характер предстоящей ревизии желчевыводящих путей, целесообразность и вид внутреннего дренирования. Отказ от операций в ночное время на высоте приступа острого холецистита дает возможность привлекать к операциям хирургов, знающих специфику операций на желчевыводящих путях, и создает хорошие условия для полной и тщательной ревизии желчевыводящих путей.

С 1980 г. у больных с острым холециститом, осложненным желтухой, для подготовки к операции, снятия холемической интоксикации применяем экстракорпоральную гемосорбцию с использованием в качестве сорбентов активированного угля ИГИ, СКН. Мы располагаем опытом гемосорбции у 18 больных; у всех получен положительный клинический и биохимический эффект.

С 1981 г. лапароскопическую гепатохолецистостомию мы выполнили у 11 пациентов (из них у 4 с острым окклюзионным холециститом) и у 67 больных с острым холецистопанкреатитом. У всех в течение 10—12 ч получен хороший лечебный эффект: прошли боли, ликвидирована гипертония в желчном пузыре и желчевыводящих путях. Больные с холециститом были прооперированы в последующем после обследования в плановом порядке. У лиц с холецистопанкреатитом после проведения прямой холецистохолангиографии и исключения желчнокаменной болезни холецистостомические трубки удалены на 10—15-е сутки, оперативного лечения не потребовалось. Временная декомпрессия позволила быстрее снять отек головки поджелудочной железы и восстановить пассаж желчи в кишечник.

У лиц пожилого и старческого возраста, больных холециститом, успех в лечении определяется не только своевременной и адекватно выполненной операцией, но и терапевией сопутствующих заболеваний. В их диагностике и лечении должны принимать участие анестезиологи, так как выбор метода обезболивания во многом зависит от наличия и тяжести сопутствующих заболеваний.

### ВЫВОДЫ

1. Сужение показаний к экстренной операции и проведение комплекса терапии, позволяющей большинству больных оперировать в благоприятном «холодном» периоде, привело к снижению послеоперационной летальности с 10,5 до 2,8%.

2. При поступлении в стационар больных с острым холециститом лечение необходимо начинать с проведения всего комплекса консервативной терапии. Экстренной операции в любое время суток подлежат только больные с явлениями разлитого перитонита.

3. Оперативное лечение холецистита заключается не только в удалении желчного пузыря, но и в полноценной ревизии желчевыводящих путей с последующей коррекцией выявленной патологии для восстановления пассажа желчи в кишечник.

4. Применение гемосорбции в предоперационной подготовке у больных с холециститом, осложненным желтухой, холангитом значительно уменьшает холемическую интоксикацию и предотвращает развитие печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

5. При необходимости ограничить объем операции холецистостомией предпочтительнее методика лапароскопической пункционной гепатохолецистостомии, производимой под местной анестезией. Она может быть применена у самых тяжелых больных в тех случаях, когда консервативное лечение неэффективно, а риск оперативного вмешательства велик.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Лидский А. Г. Хирургия, 1955, 5.— 2. Напалков П. Н., Трунин М. А. Клин. хир., 1973, 9.— 3. Петров Б. А. Хирургия, 1956, 9.

Поступила 24 апреля 1982 г.

УДК 616.441—008.61—089.163:546.34\*264:612.35

## КАРБОНАТ ЛИТИЯ И МЕРКАЗОЛИЛ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

М. И. Слобожанин

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. В. С. Чуднова) Ижевского медицинского института

Одной из важных проблем в хирургии щитовидной железы при токсических формах зоба является предоперационная подготовка, основная цель которой — достижение эутиреоидного состояния. Только при таком условии исключается риск обострения тиреотоксикоза в послеоперационном периоде.

Устранение тиреотоксикоза применением мерказолила (М) в сочетании с препаратами неорганического йода (И) не всегда полно и эффективно. Антитиреоидная терапия мерказолилом с йодидами имеет некоторые отрицательные стороны: обладает

зобогенным действием, вызывает гранулоцитопению, тромбоцитопению, лихорадочные реакции, противопоказана беременным.

Учитывая это, мы включили в предоперационную подготовку больных токсическим зобом наряду с мерказолилом карбонат лития (КЛ), который оказывает анти-тиреоидное и седативное действие [1, 3].

Эффективность предоперационного лечения зависит от своевременно выявленных изменений функции печени и их коррекции, что позволяет предупредить тяжелые послеоперационные осложнения. Функциональное состояние щитовидной железы контролировали радионуклидными и радиониммунными методами. Иодзахватную функцию щитовидной железы в течение суток определяли на радиометре. Процент поглощения  $^{131}\text{I}$  щитовидной железой у здоровых лиц через 2 ч составлял  $8,4 \pm 0,3$ , через 4 ч —  $15,2 \pm 0,8$ , через 24 ч —  $29,0 \pm 0,4$  [2]. В крови находили общее содержание гормонов трийодтиронина ( $T_3$ ) и тироксина ( $T_4$ ). При эутиреозе уровень  $T_3$  колеблется от 8,7 до 11,3 мг/л,  $T_4$  — 50—137 мг/л; при гипотиреозе содержание  $T_3$  больше 11,3 мг/л, для  $T_4$  — меньше 5,0 мг/л.

О функциональном состоянии печени при тиреотоксикозе судили по результатам исследования общего белка и белковых фракций сыворотки крови методом электрофореза на бумаге и по уровню активности неспецифических ферментов: аспартат-аминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ), содержания общего холестерина в крови.

64 больных токсическим зобом по характеру предоперационной подготовки были распределены на две группы: больные 1-й группы получали препараты мерказолила в сочетании с йодом (М + Й), 2-й — карбонат лития в комбинации с мерказолилом (КЛ + М). Функциональное состояние печени в процессе предоперационной подготовки было изучено у 50 больных (по 25 больных в каждой группе). Сочетанное лечение (КЛ + М) 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. До лечения легкой формы тиреотоксического зоба содержание  $T_3$  в сыворотке крови составляло  $8,2 \pm 0,6$  мг/л,  $T_4$  —  $125,0 \pm 8,2$  мг/л, при среднетяжелой форме  $T_3$  —  $6,9 \pm 0,5$  мг/л,  $T_4$  —  $202,4 \pm 26,7$  мг/л. После лечения (КЛ + М) наступала более полная нормализация функции щитовидной железы ( $T_3$  —  $11,8 \pm 1,5$  мг/л) и  $T_4$  —  $88,9 \pm 8,9$  мг/л при легкой форме тиреотоксического зоба;  $T_3$  —  $10,1 \pm 0,5$  мг/л и  $T_4$  —  $100,8 \pm 15,1$  мг/л при среднетяжелой форме болезни по сравнению с показателями у больных 1-й группы ( $T_3$  —  $9,8 \pm 0,6$  мг/л и  $T_4$  —  $90,7 \pm 10,9$  мг/л;  $T_3$  —  $9,4 \pm 0,4$  мг/л и  $T_4$  —  $107,3 \pm 33,4$  мг/л).

У больных 2-й группы отмечено и более выраженное снижение уровня поглощения  $^{131}\text{I}$  щитовидной железой (среднесуточный уровень поглощения йода после курса лечения для легкой степени тиреотоксикоза составил  $20,9 \pm 1,2\%$ , для среднетяжелой —  $24,5 \pm 1,5\%$ , по сравнению с показателями у больных 1-й группы ( $24,3 \pm 0,6\%$  — для легкой степени тиреотоксикоза,  $28,9 \pm 0,5\%$  — для среднетяжелой).

Средняя продолжительность предоперационного периода у больных 2-й группы при легкой степени тиреотоксикоза составила  $8,6 \pm 0,5$  дня, при среднетяжелой —  $31,6 \pm 2,5$  дня. У больных 1-й группы с легкой степенью тиреотоксикоза тот же показатель был равен  $11,4 \pm 1,1$  дня ( $P < 0,05$  по отношению ко 2-й группе), при среднетяжелой —  $41,0 \pm 6,2$  дня ( $P < 0,01$ ).

Применяемые нами методы предоперационной подготовки в неодинаковой степени восстанавливают нарушенные функции печени. Так, у больных токсическим зобом легкой формы (1-я группа) до лечения уровень общего белка и альбуминов был ниже, чем у практически здоровых лиц ( $P < 0,01$ ), а также было увеличено содержание  $\alpha_1$ -,  $\alpha_2$ - и  $\gamma$ -глобулинов, кроме фракции  $\beta$ -глобулинов. Под действием мерказолила в сочетании с йодом произошло увеличение уровня общего белка, альбуминов и  $\alpha_2$ -глобулинов. Содержание  $\beta$ -глобулинов в результате лечения не изменилось.

У больных тиреотоксикозом среднетяжелой формы наблюдалось дальнейшее снижение уровня общего белка, альбуминов и увеличение  $\alpha_1$ -,  $\alpha_2$ -глобулинов.

У больных 1-й группы после курса лечения (М + Й) возросла концентрация общего белка, альбуминов и снизился уровень  $\gamma$ -глобулинов, однако содержание  $\beta$ -глобулинов в результате лечения не изменилось.

У больных тиреотоксикозом легкой степени (2-я группа), получавших в предоперационном периоде карбонат лития в сочетании с мерказолилом, отмечено достоверное увеличение уровня общего белка и альбуминов, снижение  $\alpha_1$ -,  $\alpha_2$ -,  $\beta$ - и  $\gamma$ -глобулинов.

У больных тиреотоксикозом среднетяжелой формы после предоперационной подготовки возросли уровень общего белка и процентное содержание альбуминов, а также достоверно снизилась концентрация всех глобулиновых фракций сыворотки крови. А/Г коэффициент увеличился с  $0,95 \pm 0,07$  до  $1,39 \pm 0,08$  ( $P < 0,001$ ).

Избранная нами методика предоперационной подготовки (КЛ + М) полнее и достовернее устраняет тиреотоксикоз и, следовательно, оказывает положительный эффект на белковообразовательную и ферментативную функции печени.

Достоверное увеличение содержания холестерина в сыворотке крови отмечено у больных тиреотоксикозом среднетяжелой формы (1 и 2-я группы) после предопера-

ционной подготовки как карбонатом лития в сочетании с мерказолилом, так и мерказолидом в комбинации с йодом. У больных 2-й группы установлено более существенное снижение активности АСТ и АЛТ, чем у больных 1-й группы.

## ВЫВОДЫ

1. Включение в предоперационную подготовку карбоната лития в сочетании с мерказолилом сокращает продолжительность предоперационной подготовки больных токсическим зобом.

2. Выбранная методика предоперационной подготовки (КЛ + М) вызывает увеличение содержания общего белка сыворотки крови, альбуминов и снижение уровня глобулинов, то есть значительно улучшает печеночный протеиногенез. Эти сдвиги более выражены, чем при традиционном способе подготовки (М + И).

3. Наш метод предоперационной подготовки приводит к увеличению содержания холестерина сыворотки крови, подобно традиционному способу (М + И), и к снижению активности трансаминаз.

4. Применение карбоната лития в сочетании с мерказолилом весьма целесообразно для улучшения функции печени у больных тиреотоксическим зобом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лещинский Л. А., Трусов В. В., Пименов Л. Т. Тер. арх., 1982, 2.—  
2. Пименов Л. Т., Трусов В. В., Гагарин Б. П. В кн.: *Вопр. клинической хирургии*. Ижевск, 1978.—3. Voehm T. M., Wigman K. D., Wagner S., Wartsfsky L. *Acta endocr* (Kbh.), 1980, 94, 2.

Поступила 30 апреля 1983 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.981.48—053.36

**Г. П. Лаврентьев, Ю. С. Цека (Саратов). Клинико-иммунологические параллели при кишечной колиинфекции у детей первого года жизни**

Проведено изучение клеточного и гуморального иммунитета при кишечной колиинфекции у детей первого года жизни в зависимости от особенностей клинического течения заболевания. С этой целью определяли абсолютное содержание Т-, В-, Д-лимфоцитов и иммуноглобулинов G, M, A в крови у 71 больного с кишечной колиинфекцией в возрасте до 1 года. Из них у 55 детей заболевание протекало в среднетяжелой, у 16 — в тяжелой форме, которая наблюдалась у детей первых шести месяцев.

Анализ полученных данных выявил у больных с тяжелой формой кишечной колиинфекции наиболее выраженные признаки токсикоза, желудочно-кишечных дисфункций, гемодинамические расстройства, а также большую продолжительность заболевания.

При исследовании иммунологических показателей было установлено, что у больных со среднетяжелой формой в разгаре заболевания по сравнению с контролем снижалось абсолютное содержание Т-лимфоцитов, и увеличивалось абсолютное содержание В-, Д-лимфоцитов. Уровень иммуноглобулинов G в этот период возрастал, а содержание иммуноглобулинов A достоверно уменьшалось. Средние уровни иммуноглобулинов M у больных практически не отличались от контроля.

В периоде реконвалесценции отмечалась нормализация абсолютного содержания Т-, В-лимфоцитов, а содержание Д-лимфоцитов оставалось повышенным. Вместе с тем в этом периоде установлено дальнейшее увеличение уровня иммуноглобулинов G и количественная нормализация иммуноглобулинов A.

Изучение иммунологических показателей в разгаре кишечной колиинфекции у больных с тяжелой формой заболевания выявило аналогичную тенденцию в изменениях клеточного и гуморального иммунитета. Однако содержание Т-лимфоцитов у таких больных в период реконвалесценции не приходило к норме.

УДК 616.981.49—02:616.155.1:577.156.6

**Н. И. Целик (Саратов). Энергетический метаболизм и его коррекция у больных пищевыми токсикоинфекциями**

У больных пищевыми токсикоинфекциями (ПТИ) изучали содержание адениловых нуклеотидов и деформируемость эритроцитов периферической крови. Обследовано 92 больных в возрасте от 16 до 55 лет, из них у 34 заболевание протекало в тяжелой форме и у 58 в среднетяжелой. У 55 лиц лабораторно подтверждена сальмонеллезная этиология ПТИ. Лечение больных проводили растворами «Квартасоль»