

Больная осмотрена через 6 лет. Жалуется на грыжевое выпячивание; других жалоб нет. Занимается физическим трудом, диету не соблюдает. Произведена цветная контактная термография жидкими кристаллами. Горячие зоны располагались на термограмме в правом подреберье на небольшой площади, в проекции послеоперационной ventральной грыжи и всего рубца. От предложенной операции П. решила воздержаться.

УДК 616.361—009.2—079.1

Н. А. Черкасова, З. Х. Бжассо (Казань). Выявление дискинезий желчных путей у детей пятифракционным дуоденальным зондированием

При непрерывном пятифракционном дуоденальном зондировании учитывается объем отдельных порций желчи, время и скорость их выделения за одну минуту.

Под нашим наблюдением было 213 детей — 127 девочек и 86 мальчиков в возрасте от 5 до 14 лет. Все дети поступили в стационар по поводу болей и животе, чаще в правом подреберье. Половина детей предъявляла жалобы на тошноту, рвоту, дисфункцию кишечника. При пальпации живота определялась болезненность в правом подреберье, часто выявлялось напряжение мышц живота в холедохо-дуоденальной зоне. У 32 детей пальпировалась печень на 1,5—2 см ниже реберной дуги.

Всем 213 больным было проведено пятифракционное дуоденальное зондирование. Дискинезия желчных путей выявлена у 177 больных (83,8%). Гипертония сфинктера Одди (спазм сфинктера Одди более 8 мин) определялась у 72 больных. У 58 из них спазм сфинктера был изолированным, у 14 — сочетанным с гипокинезией желчного пузыря. Гипокинезия желчного пузыря наблюдалась у 60 больных: у 32 — с тоногенной дилатацией (увеличение объема пузыря до 50—100 мл, время выделения желчи нормальное или ускоренное) и у 28 — с бестоногенной дилатацией (уменьшение объема желчного пузыря до —15—5 мл и удлинение времени выделения до 50—60 мин). У 37 больных была гиперкинезия желчного пузыря (уменьшение объема порции В до 5—15 мл и ускорение времени выделения ее до 5—17 мин). Гипотония сфинктера Одди (рефрактерный период — 1—2 мин) выявлена у 8 больных.

При клиническом обследовании у 83 детей был установлен гастрит, чаще с повышенной кислотообразующей функцией, у 28 детей обнаружены воспалительные изменения в желчных путях, у 32 детей — лямблиоз желчевыводительной системы, у 10 — дуоденит. У остальных 50 больных дискинезия желчных путей была основным заболеванием.

В стационаре проводилось дифференцированное лечение с обязательным включением диетотерапии. При гипертонических формах дискинезий назначали спазмолитики (папаверин, но-шпа), физиотерапевтическое лечение (гальванический воротник по Щербачу с бромом, диатермию, парафин на область печени), минеральную воду (негазированную, в теплом виде); при гипокинезии желчного пузыря — желчегонные средства (холосас, аллохол), тюбаж по Демьянову с сернистой магнезией, электрофорез на область печени с новокаином и сернистой магнезией.

Проводилось также лечение очагов хронической инфекции и сопутствующих заболеваний: при гастритах с повышенной кислотообразующей функцией применяли алмагель, при лямблиозе — трихопол, фуразолидон, при холецистите — антибиотики.

После лечения в стационаре у больных исчезли диспепсические явления, улучшился аппетит, уменьшились или исчезли боли в животе.

У пациентов с изолированными дискинезиями боли в животе исчезли на 2—3-й неделе от начала заболевания, при повторном дуоденальном зондировании данные были близки к норме; у больных с сочетанными поражениями (гастрит, холецистит) боли в животе сохранялись дольше, а при дуоденальном зондировании двигательные расстройства желчных путей были более упорными.

УДК 616.366—002—07:616.153.915

А. Ф. Гарифджанова, Н. А. Гафарова (Казань). Исследование липопротейдов желчи у больных холециститами в возрастном аспекте

Изучен липидный комплекс (ЛК) желчи методом электрофореза в полиакриламидном геле (ПААГ) у 103 больных; у 86 с хроническим некалькулезным холециститом (30 детей и 56 взрослых) и у 17 с хроническим калькулезным холециститом (возраст — от 36 до 54 лет). Для контроля изучали липидограмму желчи в двух возрастных группах по 20 человек, у которых диагноз холецистита после тщательного обследования был отвергнут.

При исследовании желчи здоровых детей в порции В обычно выявлялась отчетливая полоса ЛК, соответствовавшая по своей электрофоретической подвижности α -ЛП сыворотки крови, тогда как в порции С она не всегда определялась. Фракции с электрофоретической подвижностью пре- β -ЛП и β -ЛП в порциях В и С обнаруживались редко и были выражены незначительно.

У детей, больных хроническим холециститом (табл. 1), как в порции В, так и в порции С отмечено статистически достоверное увеличение фракций с подвижностью