

Болезнь 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 бестонической 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 липопroteидов 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

пре- β -ЛП ($P < 0,05$) и β -ЛП ($P < 0,05$). Мы не нашли статистически достоверного снижения ЛК в порции В у этих больных. В порции С закономерно выявлялась полоса ЛК ($P < 0,05$), что связано, по-видимому, с застоем и сгущением желчи в печеночных ходах.

Таблица 1

Липидограмма желчи в норме и при хронических холециститах у детей

Показатели	В норме		У больных хроническим холециститом	
	порция В	порция С	порция В	порция С
Липидный остаток, %	26,1 \pm 9,7	95,2 \pm 4,7	31,6 \pm 4,1	74,5 \pm 5,5
Пре- β -ЛП, %	0,20 \pm 0,17	—	1,3 \pm 0,5	2,5 \pm 1,3
β -ЛП, %	0,7 \pm 0,4	0,6 \pm 0,6	3,9 \pm 0,6	7,1 \pm 2,9
ЛК, %	73,0 \pm 11,4	4,2 \pm 3,1	63,2 \pm 3,7	15,9 \pm 4,8

У практически здоровых взрослых липидограмма пузырной желчи мало отличалась от липидограммы детей, но в порции С закономерно выявлялась фракция с подвижностью пре- β -ЛП ($P < 0,05$) и постоянно определялась полоса ЛК ($P < 0,01$). ЛК составил 18,4 \pm 3,1% в липидограмме печеночной желчи здоровых взрослых лиц.

Характерные изменения констатированы при хронических калькулезных холециститах (см. табл. 2), выражающиеся в снижении ЛК в порции В ($P < 0,05$) и увеличении фракций с подвижностью пре- β -ЛП как в порции В ($P < 0,05$), так и в порции С ($P < 0,01$). В отличие от калькулезного холецистита, снижение ЛК в пузырной желчи при хронических некалькулезных холециститах было недостоверным, в то же время закономерно обнаруживались фракции с электрофоретической подвижностью пре- β -ЛП и β -ЛП.

Таблица 2

Липидограмма желчи при хронических калькулезных и некалькулезных холециститах у взрослых

Показатели	Больные калькулезным холециститом		Больные некалькулезным холециститом	
	порция В	порция С	порция В	порция С
Липидный остаток, %	56,4 \pm 10,6	71,9 \pm 4,6	35,6 \pm 11,1	62,9 \pm 4,2
Фракция с подвижностью пре- β -ЛП, %	4,9 \pm 1,5	9,1 \pm 2,0	1,4 \pm 0,7	4,4 \pm 2,0
Фракция с подвижностью β -ЛП, %	2,3 \pm 1,3	3,9 \pm 1,6	2,9 \pm 1,4	6,8 \pm 2,1
ЛК, %	36,4 \pm 4,8	15,1 \pm 3,9	60,1 \pm 4,8	25,9 \pm 3,7

Таким образом, исследование ЛК методом электрофореза в ПААГ позволило выявить характерные изменения в желчи при хронических холециститах. Особое значение мы придаем фракции с подвижностью пре- β -ЛП. Она резко выражена у больных с калькулезным холециститом, менее выражена у больных с некалькулезными холециститами и практически не встречается в желчи здоровых детей.

УДК 618.39—089.888.14:615.256.3

Ф. З. Ахметзянов, Р. Ш. Максютова (Ленингорск, ТАССР). Применение внутриматочных спиралей непосредственно после медицинского аборта

Начиная с 1979 г. мы вводим внутриматочные спирали (петли Липса из полиэтилена казанского производства) непосредственно после медицинского аборта (сразу после окончания выскабливания полости матки) всем желающим женщинам, у которых нет противопоказаний к этому.

Под нашим наблюдением находилось 350 женщин, в том числе в возрасте от 20 до 25 лет — 91 (26%), от 25 до 30 лет — 152 (43,4%), от 30 до 35 лет — 60 (17,1%), от 35 до 40 лет — 36 (10,3%) и старше 40 лет — 11 (3,1%). Таким образом, 69,4% женщин были в возрасте от 20 до 30 лет, когда особенно высока возможность наступления беременности.

Контрольную группу составляли 1300 женщин (84,2% из них — в возрасте от 20 до 35 лет), которым внутриматочная спираль (ВМС) была вставлена по обычной методике.