

При сравнительном анализе клинической картины, вызванной доминирующими сальмонеллами *Sl. typhimurium*, *Sl. newport*, *Sl. oranienburg*, мы не выявили отчетливой связи между клиникой и этиологией. В то же время наиболее сходное с дизентерией течение отмечалось у лиц, у которых заболевание было вызвано *Sl. newport*.

Вопросы лечения пищевых токсикоинфекций остаются и на сегодня актуальными. К выводу о бесполезности назначения антибиотиков и химиопрепаратов больным пищевыми токсикоинфекциями пришли многие зарубежные и отечественные авторы, тем не менее и до настоящего времени этиотропная терапия продолжает широко использоваться при лечении этих больных.

Мы проанализировали выраженность основных клинических синдромов у больных пищевыми токсикоинфекциями, вызванными сальмонеллами и условно-патогенной флорой. В зависимости от лечения все больные были разделены на 4 группы, идентичные по возрасту, преморбидному фону и тяжести течения. В 1-ю группу вошли 68 больных, которым была назначена базисная терапия: оралит по 1,5 л в сутки, панкреатин, аскорбиновая кислота, дексидил по 1 ст. л. перед едой.

Больные, леченные тетрациклином (600 тыс. ед. в сутки), вошли во 2-ю группу (15 чел.), энтеросептолом (1,5 г в сутки) — в 3-ю (28 чел.), фуразолидоном (0,42 г в сутки) — в 4-ю (56 чел.). Лечение проводилось в течение 5 дней.

Продолжительность лихорадки была наименьшей в 1-й группе ($2,0 \pm 0,2$ дня, $P < 0,01$). Длительность диареи в 1-й группе была $3,6 \pm 0,3$ ($P < 0,01$), во 2-й — $5,2 \pm 0,5$ дня, в 3-й — $7,0 \pm 0,7$, в 4-й — $5,5 \pm 0,3$. В 1-й группе, не получавшей этиотропной терапии, больные выздоровели раньше — через $6,9 \pm 0,3$ дня ($P < 0,01$), во 2-й группе сроки пребывания в стационаре составили $10,4 \pm 0,9$ дня, в 3-й — $9,0 \pm 0,5$, в 4-й — $7,9 \pm 0,4$.

Таким образом, анализ показал, что основными возбудителями сальмонеллеза в г. Казани в 1985 г., по материалам 1-й инфекционной больницы, были *Sl. typhimurium*, *Sl. newport*, *Sl. oranienburg*. Подавляющее большинство пищевых токсикоинфекций протекало в среднетяжелой форме по типу гастроэнтероколита. Клиническая картина не зависела от вида возбудителя, однако поражение дистального отдела кишечника в виде гемоколита чаще выявлялось при сальмонеллезе, вызванном *Sl. newport*.

Этиотропная терапия не оказывала положительного влияния на длительность основных клинических синдромов; более того, назначение антибиотиков и химиопрепаратов приводило к статистически достоверному увеличению продолжительности лихорадки, диареи и сроков пребывания в стационаре.

Поступила 13.01.87.

УДК 616.357.75—009.12—073.75—085.217.22

ПРИМЕНЕНИЕ АНАПРИЛИНА ДЛЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ СПАЗМА СФИНКТЕРА ОДДИ

А. Р. Новаковский

Кафедра рентгенологии (зав.— проф. М. К. Михайлов), кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Многие исследователи указывают на частое поражение сфинктерного аппарата терминального отдела холедоха при заболеваниях желчевыводящих путей. Так, спастическое состояние сфинктера Одди встречается в 4,2—21,9% случаев, что зависит от контингента больных и вида патологии желчевыводящих путей [1, 3].

Диагностика спастического состояния сфинктера Одди основывается на динамике накопления контрастного вещества, а также на реакции на спазмолитические препараты: нитроглицерин, амилнитрит и др. [2, 4]. Нитроглицерин и амилнитрит — спазмолитики, опосредованно действующие на гладкую мускулатуру желчных путей и имеющие нестойкий эффект.

Основываясь на наблюдении О. С. Кочнева и В. Н. Биряльцева о влиянии β -адреноблокатора анаприлина на сократительную функцию сфинктера Одди (авторское св-во № 1082404), мы применили этот препарат в процессе инфузионной холангиографии у 80 больных с патологией билиарной системы.

Подготовка больного к холангиографии была обычной. Контрастное вещество — 50% раствор билигноста — вводили из расчета 0,4 мл на 1 кг массы тела больного через 30 мин после пробы на переносимость. Рассчитанное количество билигноста разводили в 100 мл 0,9% раствора хлористого натрия. Инфузия длилась не более 30—40 мин. По окончании инфузии через 20—30 мин больному предлагали принять внутрь 80 мг анаприлина.

Схема выполнения рентгенографии после инфузионно-капельного введения контрастного вещества была изменена с учетом применения анаприлина: 1-й снимок — после окончания введения контрастного вещества, 2-й — через 15 мин. Серию прицельных рентгенограмм (не более 8) области терминального отдела холедоха и желчного пузыря получали под контролем рентгенотелевидения спустя 25 мин с момента окончания введения (интервал между снимками — 5 мин). Через 120 мин делали обзорный снимок желчных путей, и больному предлагали желчегонный завтрак из 2 яичных желтков. После завтрака через 30 и 60 мин выполняли рентгенографию желчного пузыря. Все снимки производили в вертикальном положении больного.

О наличии спазма терминального отдела холедоха судили по моменту прекращения пассажа контрастной желчи в двенадцатиперстную кишку, появлению отчетливой «фигурки» терминального отдела холедоха, нарастанию контрастности холедоха. В некоторых случаях наблюдали увеличение диаметра холедоха. По этим признакам отмечали начало сокращения сфинктера Одди. Затем фиксировали момент возобновления пассажа контрастной желчи в двенадцатиперстную кишку, исчезновение «фигурки» терминального отдела холедоха, уменьшение контрастности желчных путей, а также восстановление диаметра холедоха, что свидетельствовало об исчезновении спазма сфинктера.

Из 80 обследованных спастическое состояние сфинктера Одди было выявлено у 42 больных. Продолжительность спазма колебалась от 10 до 40 мин. Из 42 больных 13 были в возрасте 31—40 лет, 15 — 51—60 лет. Отмечена взаимосвязь между поражениями желудка, двенадцатиперстной кишки и наличием спазма сфинктера Одди.

У лиц, болеющих менее 5 лет, одинаково часто был длительный (20 мин и более) и кратковременный (менее 20 мин) спазм. Гипокинетическая и гиперкинетическая формы дискинезии желчного пузыря также в равной степени наблюдались у всех больных.

Все больные с выявленным спазмом сфинктера Одди прошли лечение в гастроэнтерологическом центре 1-й городской больницы г. Казани и в отделении неотложной хирургии 5-й городской больницы по методу, разработанному на кафедре неотложной хирургии Казанского ГИДУВа. У всех больных был получен хороший терапевтический эффект, за время наблюдения (6 мес — 1,5 года) ни у одного из них не возникло обострения заболевания.

Ф., 35 лет, поступила 25.11.85 с жалобами на боли в эпигастриальной области, иррадирующие в спину, тошноту, горечь во рту, запоры, похудание. Считает себя больной в течение 4 лет. Неоднократно лечилась в терапевтических и хирургических стационарах по поводу обострения хронического холецистопанкреатита. В 1982 г. была выявлена язва

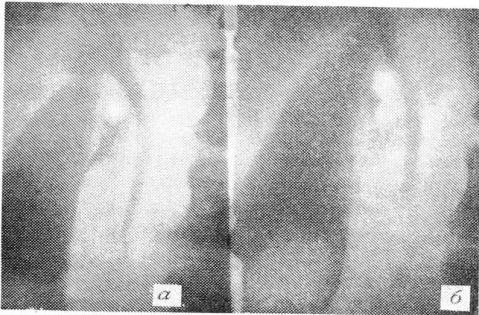


Рис. 1.

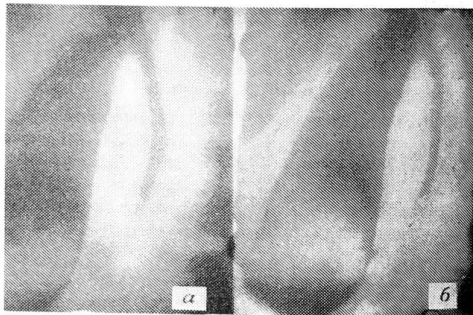


Рис. 2.

Рис. 1. Рентгенограмма желчевыводящих путей: а) через 15 мин после введения контрастного вещества; б) через 30 мин после введения контрастного вещества. Наблюдается хорошее контрастирование холедоха, пассаж контрастированной желчи в двенадцатиперстную кишку.

Рис. 2. Рентгенограмма желчевыводящих путей: а) через 35 мин после введения контрастного вещества. Исчезает четкость контуров холедоха, уменьшается его контрастность, пассаж в двенадцатиперстную кишку сохраняется; б) через 25 мин после приема анаприлина. Пассаж в двенадцатиперстную кишку прекратился, резко обозначились контуры терминальной части холедоха, контрастность его повысилась — момент спазма сфинктера Одди.

луковицы двенадцатиперстной кишки. Анализ крови: Hb — 1,76 ммоль/л, л. — $7,0 \cdot 10^9$ в 1 л; б. — 1%, э. — 6%, п. — 1%, с. — 54%, мон. — 7%, лимф. — 31%; СОЭ — 4 мм/ч; амилаза крови — 16 г/(ч · л). Анализ мочи: отн. плотность — 1,001, реакция кислая, белок — отрицательный; л. — 5—10 в поле зрения, эпителий — 2—4 в поле зрения. Фиброгастродуоденоскопия: луковица двенадцатиперстной кишки содержит мутную застойную желчь, раздражена.

Диагноз: гастродуоденит. Рекомендуются исключить патологию желчных путей. Проведено ультразвуковое исследование: структура печени неоднородная, желчный пузырь размером $6 \times 2,5$ см, его стенка в шейной части утолщена, содержимое гомогенное. Холедох диаметром 6 мм. Поджелудочная железа не изменена.

Инфузионная холецистохолангиография, проба с анаприлином (рис. 1—6). После предварительной пробы на переносимость контрастного вещества инфузионно-капельно введено 20 мл 50% раствора билигноста в 100 мл физиологического раствора. На обзорной рентгенограмме патологии не выявлено. Контрастирование протоков хорошее на протяжении всего исследования. Через 25 мин после приема анаприлина обнаружены признаки спазма сфинктера Одди, продолжавшегося в течение 25 мин. Заполнение протоков гомогенное. Желчный пузырь имеет обычное расположение, размером 8×3 см, заполнение его гомогенное, фазы заполнения сохранены. После желчного завтрака сокращение замедленное (менее половины объема).

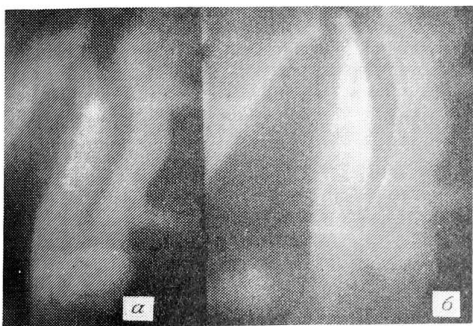


Рис. 3.

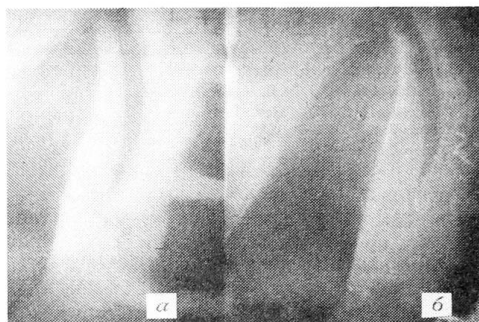


Рис. 4.

Рис. 3. Рентгенограмма желчевыводящих путей: а) через 50 мин после введения контрастного вещества; б) через 55 мин после введения контрастного вещества. Выявляется увеличение диаметра холедоха, контуры терминальной части холедоха четко очерчены, пассаж в двенадцатиперстную кишку отсутствует.

Рис. 4. Рентгенограмма желчевыводящих путей: а) через 60 мин после введения контрастного вещества; б) через 65 мин после введения контрастного вещества. Сохраняется сходная с рис. 3а, б картина. Диаметр холедоха продолжает увеличиваться, пассаж в двенадцатиперстную кишку отсутствует.



Рис. 5.

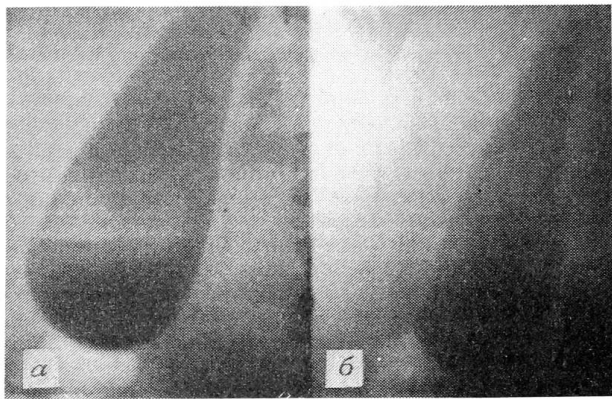


Рис. 6.

Рис. 5. Рентгенограмма желчевыводящих путей через 70 мин после введения контрастного вещества: возобновился пассаж в двенадцатиперстную кишку, контуры терминальной части холедоха нечеткие — момент прекращения спазма.

Рис. 6. Рентгенограмма желчного пузыря: а) через 120 мин; б) через 30 мин после приема желчного завтрака его сокращение составляет менее половины объема.

Клинико-рентгенологический диагноз: хронический гастродуоденит, хронический холецистопанкреатит, спастическая дискинезия сфинктера Одди, гипокинезия желчного пузыря. Больной проведен курс лечения с применением внутридуоденальных вливаний лечебной смеси: 100 мл 0,25% раствора новокаина гидрохлорида, 1 г левомицетина, 2 мл 2% раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл 2% раствора но-шпы, 1 мл 0,2% раствора пла-

тифилина гидротартрата, 2 мл церукала, 50 мг гидрокортизона гемисукцината. Произведено 4 вливания. Боли полностью исчезли. 25.12.85 г. больная была выписана в удовлетворительном состоянии. В течение 6 мес обострений не было.

Клиническая и инструментальная диагностика спазма сфинктера Одди на ранних сроках заболевания трудна и до конца еще не разработана. Спастическое состояние часто маскируется другими заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной области или им сопутствует. Больных долго и безуспешно обследуют и лечат по поводу других заболеваний. С помощью обычных методов рентгенологического исследования невозможно выявлять спастическое состояние сфинктерного аппарата на ранних сроках. Имеющиеся методы диагностики с использованием фармакологических проб и без них рассчитаны на обнаружение выраженных нарушений. Результаты исследований показывают преимущества предлагаемого метода, который позволяет точнее распознавать спастическое состояние. Рекомендуемый метод особенно показан лицам молодого возраста, наиболее часто страдающим этой трудно диагностируемой патологией большого дуоденального соска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демин Е. В. // В кн.: Рентгенофункциональные методы исследования различных органов и систем.— Обнинск, 1983.— 2. Линденбратен Л. Д. // Рентгенологическое исследование печени и желчных путей.— М., Медгиз, 1953.— 3. Маркварде М. М. // В кн.: Рентгенофункциональные методы исследования различных органов и систем.— Обнинск, 1983.— 4. Попова З. П. // Внутривенная холангиохолецистография и ее значение при некоторых заболеваниях желчевыводящих путей и печени. Автореф. канд. дисс.— М., 1962.

Поступила 23.09.86.

УДК 616.36—06:616.334—007.271—089.844

СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗАХ И ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ С ДРЕНИРУЮЩИМИ ОПЕРАЦИЯМИ

А. Н. Волков, Н. А. Мизуров, С. С. Соколов

*Кафедра хирургических болезней № 2 (зав.— проф. А. Н. Волков) Чувашского
государственного университета имени И. Н. Ульянова*

Было проведено комплексное клинико-морфологическое исследование печени у 102 больных пилородуоденальным стенозом язвенной этиологии. Снижение уровня общего белка в сыворотке крови и изменения осадочных проб наблюдались только при крайней степени декомпенсированного стеноза. Изучение поглощательной, экскреторной функций гепатоцитов с использованием теста с бенгальской розовой, меченной ¹³¹I, показало, что при пилородуоденальных стенозах имеется тенденция к замедлению процессов поглощения краски печенью, у 66% больных замедлялась экскреция краски. Реографические исследования выявили снижение артериального кровотока печени, вызванное, по-видимому, затруднением притока портальной крови, о чем свидетельствовали увеличение времени распространения пульсовой волны, снижение величины реографического индекса и изменения формы кривой.

Морфологические изменения печени оценивали по данным гистологического исследования ее пунктатов, полученных во время операции. Ткань печени брали в конце операции из правой доли органа. Всего было выполнено 102 исследования. Установлено частое развитие в печени воспалительных процессов, среди которых преобладает хронический межлочный гепатит. Изменения в паренхиме характеризовались жировой и белковой дистрофией гепатоцитов и слабо выраженными процессами регенерации. Обращало на себя внимание преобладание фиброзных изменений в печени, выявленное у 20 больных. При сопоставлении результатов исследований мы отметили, что тяжесть этих нарушений прогрессивно нарастает на фоне длительного течения язвенной болезни, особенно при ее осложнении стенозом.