

тифиллина 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. Линдэнбрaten 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 пиlorодуоденальным стенозом язвенной этиологии. Снижение уровня общего белка в сыворотке крови и изменения осадочных проб наблюдались только при крайней степени декомпенсированного стеноза. Изучение поглотительной, экскреторной функций гепатоцитов с использованием теста с бенгальской розовой, меченной  $^{131}\text{I}$ , показало, что при пиlorодуоденальных 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 portalной 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 пунктов, 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 межточный гепатит. Изменения в паренхиме характеризовались жировой и белковой дистрофией гепатоцитов и слабо выраженным 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.

С 1979 по 1984 г. по поводу язвенной болезни, осложненной пилородуodenальным стенозом, было прооперировано 168 больных в возрасте от 19 до 82 лет. Перед операцией всем больным проводили терапию, направленную на коррекцию обменных нарушений, а также на улучшение функционального состояния печени, нормализацию гомеостаза, устранение расстройств тканевого обмена и лечение сопутствующих заболеваний. Лечебная программа включала ежедневные внутривенные вливания растворов глюкозы с адекватным количеством инсулина, растворов аминокислот (гидролизата казеина, аминона, альвецина), протеиназ, электролитных смесей нативной плазмы, 1% раствора глютаминовой кислоты и гемодеза. Больным назначали сирепар, витамин С, витамины группы В, викасол, хлористый кальций, сердечно-сосудистые средства.

Выбор вида ваготомии и метода дополняющей ее операции осуществляли по результатам исследований желудочной секреции с применением парентерального возбуждения обеих фаз инсулином и гистамином, функционального состояния двенадцатиперстной кишки с учетом особенностей местного патологического процесса. У 69% больных была выполнена селективная проксимальная ваготомия, а у 31% — стволовая. Последнюю производили в большинстве случаев лишь у лиц, ранее перенесших ушивание перфоративной язвы, у которых имелись технические трудности для выполнения селективной проксимальной ваготомии, у больных истощенных, с глубокими нарушениями обменных процессов и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Методом выбора дренирующей операции являлись пилоропластика по Гейнеке — Микуличу или гастродуоденостомия по Джабклю. Следует заметить, что в последнее время от первой операции мы отказались, так как после нее нередко развиваются рестеноз, дуоденогastrальный рефлюкс и демпинг-синдром. Гастроэнтероанастомоз накладывали редко, лишь в тех случаях, когда отсутствовали условия для формирования желудочно-дуоденального соусьта, например при большом инфильтрате, в который вовлекается и вертикальная ветвь двенадцатиперстной кишки.

В послеоперационном периоде (на 10—14-й день) выполняли функциональные исследования печени. Анализ результатов показал, что уровень билирубина не выходил за пределы нормы. Отмечалось уменьшение содержания холестерина и протромбинового индекса крови и еще большее снижение альбумино-глобулинового коэффициента.

У 78% прооперированных произошло значительное ослабление поглотительной функции печени. У 70% больных после операции констатировано увеличение показателя портального кровотока, вызванное травмой блуждающего нерва. Все эти изменения были обусловлены, вероятно, рядом факторов, связанных прежде всего с хирургической травмой, протекающей на фоне выраженной дисфункции печени, и зависели, безусловно, от вида выполненной операции. Наиболее существенные нарушения были выявлены у больных, перенесших стволовую ваготомию в сочетании с гастроэнтероанастомозом.

Всем больным после операции проводили терапию по приведенной выше схеме, интенсивность которой контролировалась по темпу восстановления функции печени и характеру оперативного вмешательства. Наряду с другими показателями, определяющими объем операции при пилородуodenальном стенозе и выбор вида пособия, надо, несомненно, считаться и с оценкой функции печени. Необходимо тщательное исследование функции печени всем больным язвенной болезнью. В дооперационном и, особенно, в послеоперационном периоде необходимо назначать гепатотропную терапию, не дожидаясь появления признаков печеночной недостаточности.

Таким образом, результаты клинических, функциональных и морфологических исследований печени у больных с язвенным пилородуodenальным стенозом показывают, что печень часто вовлекается в общий патологический процесс, связанный с основным заболеванием. После ваготомии с дополняющими ее операциями на желудке могут развиться новые морфологические и функциональные расстройства в печени, которые, по-видимому, в определенной степени зависят как от вида ваготомии, так и от характера операции на желудке.

Поступила 08.01.86.