

Следовательно, трехзондовое послеоперационное ведение больных после резекции желудка является надежной профилактикой несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и желудка. Раннее чреззондовое кормление способствует быстрой ликвидации послеоперационного пареза кишечника.

УДК 616.36—008.5:616.34—072.1

М. М. Есевев, П. Г. Сцепуро, Ф. П. Коржинский (Саратов). Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с синдромом Жильбера

Большинство больных с синдромом Жильбера испытывают боли и чувство тяжести в верхних отделах брюшной полости; у них наблюдаются анорексия и другие диспептические явления. В этой связи изучение желудочно-кишечного тракта методом эндоскопии представляет определенный интерес, поскольку обогащает знания о свойственных данной энзимопатии патологических проявлениях и позволяет идентифицировать сопутствующие заболевания органов пищеварения.

За последние годы мы наблюдали 43 больных с синдромом Жильбера. Диагноз верифицировали комплексом клинических и лабораторно-инструментальных исследований. Всем больным ставили пробу Бергманна — Эйльботта с нагрузкой билирубином; по показаниям выполняли функциональную биопсию печени. У 35 больных отмечены различные диспептические проявления; 22 из них (15 мужчин и 7 женщин в возрасте 19—43 лет) была проведена гастroduodenоскопия.

При исследовании обнаружены дуоденальная язва в стадии рубца (у 2), поверхностный гастрит (у 18, из них у 5 был дуодено-гаstralный рефлюкс желчи). Визуально слизистая дистальной половины желудка была отечной, блестящей, гиперемированной. Патологических изменений слизистой не обнаружено лишь у 2 больных.

Таким образом, у больных с синдромом Жильбера при наличии болей в верхних отделах брюшной полости и диспептических расстройств эндоскопически нередко выявляются поверхностный гастрит и дуодено-гаstralный рефлюкс.

УДК 616.935—002.1—07:616.33—008.8—074:577.156.41

А. Г. Елисеев (Саратов). Протеолитическая активность желудочного сока у больных острой дизентерией

Обследовано 75 больных острой дизентерией Флекснера без сопутствующих и перенесенных в прошлом заболеваний органов пищеварения. Клинический диагноз был подтвержден бактериологически.

Целью работы являлось исследование общей протеолитической активности желудочного сока методом Энского и Мирского, позволяющим оценивать протеолиз в широком диапазоне рН при его значениях от 1,5 до 7,0, включая оптимумы действия пепсина, гастрексина и, возможно, других желудочных протеаз. Исследования проводили до введения гистамина (0,1 мг на 10 кг массы) и после этого.

У здоровых лиц высокая протеолитическая активность была выявлена в диапазоне рН от 1,5 до 5,0 с максимумом при значении 1,5—2,0 ($59,70 \pm 1,30\%$ натощак и $64,76 \pm 1,39\%$ после введения гистамина) и минимальной активностью при рН 4,0—5,0 ($10,27 \pm 1,28\%$ в условиях базальной секреции и $15,42 \pm 1,21\%$ после введения гистамина).

У больных при среднетяжелом течении в остром периоде заболевания в обеих фазах пищеварения было обнаружено отчетливое снижение протеолитической активности желудочного сока при рН 1,5—2,0 ($34,27 \pm 4,53\%$ натощак и $46,98 \pm 3,16\%$ после введения гистамина) и 3,5 ($31,64 \pm 4,53\%$ натощак и $42,42 \pm 4,97\%$ после стимуляции). Вместе с тем у этих больных натощак отмечалось повышение активности ферментов до $20,31 \pm 5,06\%$, действующих при рН 4,0—5,0 ($P < 0,05$) и при рН 5,1—7,0 до $16,70 \pm 5,14\%$ ($P < 0,02$), что свидетельствовало о способности желудка приспособливаться к данным условиям (снижение протеолитической активности в зоне кислых значений рН). Такая же закономерность выявлялась после нагрузки гистамином.

При легком течении заболевания изменения протеолитической активности желудочного сока были менее выраженными. Так, активность протеолитических ферментов снижалась лишь при рН 1,5—2,0 в обеих фазах пищеварения, в то время как в интервале рН 3,5 и 4,0—5,0 достоверных различий протеолитической активности желудочного сока при сопоставлении с активностью протеолиза у лиц контрольной группы выявлено не было. При значении рН 5,1—7,0 у больных как с легким течением дизентерии, так и со среднетяжелой формой заболевания отмечалось повышение протеолитической активности желудочного сока ($P < 0,05$) до введения гистамина ($6,71 \pm 1,71\%$) и после него ($5,77 \pm 2,39\%$).

В периоде реконвалесценции восстановления протеолитической активности желудочного сока у обследованных больных в отличие от лиц контрольной группы не происходило. Как при легкой, так и при среднетяжелой форме дизентерии во время выздоровления имели место снижение активности протеолиза в зоне сильно кислых значений рН и повышение уровня ферментативной активности при рН 4,0—5,0 и 5,1—7,0. Статистически достоверные результаты в условиях базальной секреции были получены при всех значениях рН у больных с легким и среднетяжелым течением за исключением интервала рН 4,0—5,0 ($13,90 \pm 2,60\%$; $P > 0,2$). Однако у больных с легким течением заболевания после введения гистамина изменения протеолитической активности были статистически достоверными только при рН

1,5—2,0 ($51,51 \pm 1,77\%$, $P < 0,01$) и 5,1—7,0 ($10,66 \pm 2,44\%$, $P < 0,01$), в то время как при среднетяжелой форме статистически достоверные расстройства выявлялись при тех же значениях рН, что и в условиях базальной секреции.

Таким образом, у больных острой дизентерией были обнаружены нарушения протеолитической активности желудочного сока, исследованной при разных значениях рН. Наиболее выраженные изменения были отмечены у больных со среднетяжелым течением заболевания. В периоде реконвалесценции полного восстановления активности пищеварительных ферментов в желудочном соке у обследованных больных не происходило. Изменения протеолитической активности носили у них однотипный характер независимо от периодов и тяжести заболевания, однако степень выявленных нарушений, а также способность восстановления протеолиза у реконвалесцентов находились в прямой зависимости от тяжести течения инфекции.

УДК 617.55—089.48:615.477.88

И. И. Дурда (Червоноармейск, Ровенская область). Методика введения резиновых дренажей в брюшную полость

Во время операций на органах брюшной полости часто используются дренажи из медицинских перчаток. Введение таких дренажей иногда затруднено из-за выскальзывания их из глубины брюшной полости вслед за вытягиванием корнцанга (пинцета). Для облегчения введения резиновых дренажей в брюшную или тазовую полость мы применяем следующую методику.

Резиновый дренаж (часть резиновой перчатки) складываем в виде гармошки и захватываем первым корнцангом, а проксимальный конец дренажа — вторым. Удерживая оба корнцанга одной рукой, вводим дренаж в брюшную или тазовую полость. Корнцанг, удерживающий «гармошку-дренаж», раскрываем и осторожно вытягиваем из брюшной полости, при этом «гармошка-дренаж» остается в глубине раны, удерживаемая вторым корнцангом. Медленно ретроградно вытягиваем проксимальный конец дренажа вторым корнцангом, расправляем тем самым «гармошку-дренаж» в брюшной полости, затем второй корнцанг раскрываем и удаляем его.

УДК 616.36—008.8—003.7—08

Ю. М. Карпухин, А. А. Кипенский, А. И. Каитов (Казань). К методике растворения желчных камней хлороформом

Среди химических веществ для растворения конкрементов различными авторами использовались хлороформ, эфир, гепарин, монооктанон, таурохолат и др. Для лизиса конкрементов необходим непосредственный контакт химического соединения с желчными камнями. Отмечено, что химические вещества, особенно органические растворители, должны применяться с осторожностью, так как сами по себе они токсичны и могут вызывать обострение гепатита, ограниченные некрозы печени, образование острых дуоденальных язв с кровотечениями и др. Поэтому прежде чем решать вопрос о применении хлороформа для лизиса резидуальных конкрементов холедоха необходимо лабораторными тестами исключить функциональные изменения печени.

При обнаружении резидуальных камней, что было диагностировано по длительному желчеотделению, дебитоманометрией и холангиографией через дренаж холедоха, процедуру целесообразно начинать через 12—15 дней после операции, то есть в тот момент, когда вокруг дренажа сформируются плотные сращения. После проведения накожной пробы скарификатором и получения отрицательных результатов о непереносимости препарата, а также убедившись в растворении камней данного больного *in vitro* приступали к премедикации 2% раствором промедола (1 мл подкожно). При частичной обтурации фатерова соска конкрементом для спазма сфинктера Одди и лучшего контактирования хлороформа с камнем целесообразно применять морфин. После отсасывания желчи шприцем из дренажа по нему в холедох вводили 5 мл хлороформа для наркоза, дренаж пережимали и при отсутствии каких-либо жалоб у больного делали 30-минутную экспозицию. Затем жидкость из холедоха отсасывали и желчные пути промывали теплым 0,25% раствором новокaina. Далее осуществляли холангиомано- и дебитометрию, данные которых сравнивали с таковыми до проведения манипуляции. Растворение камней с восстановлением проходимости фатерова соска контролировалось холангиографией или холангиотелескопией, а также количеством желчи, отделяемой через дренаж.

По указанной выше методике были растворены холестерино-пигментные резидуальные камни холедоха у 3 больных. У всех были получены положительные результаты, и каких-либо осложнений при этом не наблюдалось. В качестве примера приводим следующую выписку из истории болезни.

К., 46 лет, прооперирована 14.03.84 г. по поводу хронического калькулезного холецистита, холеодолитиаза и механической желтухи. Произведены холецистэктомия, удаление камней из холедоха, дренаж по Вишневскому. В послесперационном периоде по дренажу отшло от 250 до 450 мл желчи. 27.03 выполнена фистулохолангиография через дренаж: холедох диаметром 14 мм, в его терминальном отделе имеется дефект наполнения (конкремент) с радиусом до 4 мм.