

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 одноклассный 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, расправляя тем самым «гармошку-дренаж» в брюшной полости, затем второй корнцанг раскрываем и удаляем его.

УДК 616.36—008.8—003.7—08

Ю. М. Карпунин, 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, монооктаноин, 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 новокаина. Далее осуществляли холангиомано- и дебитометрию, данные которых сравнивали с таковыми до проведения манипуляции. Растворение камней с восстановлением проходимости фатерова соска контролировали 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 наблюдали. В качестве примера приводим следующую выписку из истории болезни.

К., 46 лет, прооперирована 14.03.84 г. по поводу хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза и механической желтухи. Произведены холецистэктомия, удаление камней из холедоха, дренаж по Вишневскому. В послеоперационном периоде по дренажу отошло 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.