1. Ельцов В. А. Акушер. и гинекол., 1982, 61, 2, с. 20.
2. Курьшева К. А., Стольников И. И., Колгушкин Г. А., Гончарова В. Г. Акушер. и гинекол., 1983, 62, 3, с. 6.
3. Blagont S., Stella F., Brancatelli D., Palma V., Troccoli R. Quadern Sclavo di laboratorio. 1981, 17, 2, 230, Italia, ISSN.
4. Darmady I., Postle A. British J. Obstetrics and Gynecol., 1982, 89, 3, 211.
5. Duncombe W. Clinical chemical acta (Niderland) 1964, 9, 2, 122.
6. Dlamant J., Kissilevitz R. Acta Obstetrica et gynecologica Scandinavica Sverige 1981, 60, 2, 141.
7. Jagadeesan V., Prema K. British J. Obstetrics and Gynecol., 1980, 87, 10, 908.
8. Phelps P., Meirger B., Freinkel N. Amer. J. Obstetrics and Gynecol., 1981, 140, 7, 730.

УДК 616.366—002—08—039.73

Л. Н. ХАЧАТРЯН

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОТВАРОМ ЛИСТЬЕВ МУШМУЛЫ ЯПОНСКОЙ

Приведены результаты лечения больных с хроническим калькулезным холециститом отваром листьев мушмулы японской. Эффективность лечения повышается при сочетании приема отвара с электрофорезом 1% раствора платифилина.

В настоящей работе приведены результаты консервативного лечения отваром листьев мушмулы японской больных с хроническим калькулезным холециститом в амбулаторных условиях. Под наблюдением находилось 120 человек, из них 12 мужчин и 108 женщин. По возрасту больные распределялись следующим образом: 18 лет—1, от 20 до 29—13, от 30 до 39—21, от 40 до 49—36, от 50 до 59—32, от 60 до 69—11, от 70 до 79 лет—6 чел. С давностью заболевания до 1 года было 2, от 1 до 9—46, от 10 до 19—40, от 20 до 29—20, от 30 до 39—9, от 40 до 49 лет—3 чел., т. е. большинство больных (72 чел.) заболели за последние 10—20 лет, что соответствует данным многих исследователей [2, 4, 6, 7, 9].

С острым приступом печеночной колики к нам обратились 89 больных, которые были детально обследованы клиническими, лабораторными и рентгенологическими методами после купирования болевого синдрома. Все больные жаловались на приступообразные боли в правом подреберье, иррадирующие в правую лопатку, в правую половину шеи и грудной клетки спереди, в поясницу, эпигастрию, а в 8 случаях—в область сердца (гепатокардиальный синдром). Боли больше беспокоили по ночам, были связаны с нарушением диеты (особенно при приеме жирной пищи, яиц, сала, сметаны, копчений и др.). Двое больных возникновение болей связывали с резким поворотом торса. Приступы сопровождались тошнотой и рвотой у 93 чел., остальные указывали только на тошноту. Тошноту вне приступа отмечали 114 чел., озноб во время и вне приступов—98 чел., обычно они сопровождались повышением температуры от 37,2 до 39°C. Плохой аппетит отмечали 62, запоры—111, ахил-

лический стул—96 чел. На чувство горечи и сухость во рту жаловались все, кроме одного больного. Чувство тяжести в правом подреберье и ноющие боли постоянного характера отмечали все больные. Соблюдали строгую диету 92 чел. Частота приступов печеночной колики колебалась от 6—8 раз в году до 6—8 раз в неделю. Все больные, кроме двух, лечились амбулаторно, санаторное лечение (от 1 до 10 раз) получили 48, стационарное (от 1 до 8 раз)—28 чел. Кроме того, больные принимали аллохол, холосас, фламин, олемитин, холагол, лив-52, ромашку, бесмертник, зверобой, шпориж, делал тюбажи.

При объективном осмотре выявлены: желтушность склер и кожных покровов разной интенсивности (у 86), выраженная пигментация кожи лица и шеи («маска холецистита» у 112). У 38 чел. в правом подреберье мышцы настолько напряжены, что невозможна глубокая пальпация. У 71 больного пальпируется увеличенная и болезненная печень (от 1,5 до 4 п/п и более), у 82—увеличенный желчный пузырь. Резкая болезненность в точке Кера отмечается у 99 чел. Симптомы Орнера, Мерфи, Френкиус феномен резко положительны у 99 больных, у 120 болезненны зоны Захарьина—Геда.

Обращает на себя внимание отсутствие резких отклонений в лабораторных анализах, что можно объяснить обследованием в стадии ремиссии, спустя несколько недель после купирования острого приступа.

Лабораторные данные до и после лечения: высокий лейкоцитоз у 27 чел. (от $8,1 \cdot 10^9$ до $22,1 \cdot 10^9$ л), после лечения у всех 120 больных ниже $8,1 \cdot 10^9$ л. СОЭ до лечения от 3 до 9 у 43, от 11 до 29 у 62, от 30 до 60 у 15 чел., после лечения—от 3 до 9 у 74, от 11 до 29 у 33, от 30 до 49 мм/ч. у 13 чел.

Содержание сахара в крови было повышенным до лечения у 8 чел. до 16,1 ммоль/л (по Хагедорну), после лечения—у 4 чел. (до 14,8 ммоль/л.).

Анализ мочи до и после лечения выявил колебание ее плотности от 1001 до 1030 г/л. Реакция кислая у 94, щелочная у 14, нейтральная у 12 больных до лечения. После лечения реакция кислая у 102, нейтральная у 10 и щелочная у 8 чел. Положительная реакция на желчные пигменты в моче до лечения выявлена у 13, после лечения отсутствовала. Сахар в моче до лечения был у 8, после лечения—у 4 чел. Лейкоциты в моче до лечения от 10 до 50 в поле зрения выявлены у 27, после лечения не обнаружены. Кристаллы разных солей в моче до лечения выявлены у 48, после лечения—у 26 чел.

Содержание билирубина в крови по Иендрашику до лечения составляло от 30,5 до 251,8 ммоль/л у 22 чел., после лечения нормализовалось. Реакция Вельтмана до лечения показала на 8-ю пробирку у 49, на 9-ю —у 1 больного, в остальных случаях—на 6—7-ю пробирку; после лечения—на 8-ю пробирку у 33, в остальных случаях—на 6—7-ю пробирку. Тимоловая проба до лечения показала от 0,25 до 3,0 ед. у 89, от 3,1 до 10,5 ед.—у 31 больного, после лечения от 0,25 до 3,0 ед. у 104, от 3,1 до 6,3 ед.—у 16 больных.

Содержание фибриногена плазмы крови до лечения составляло от 4,25 до 9,85 у 47, после лечения от 4,25 до 5,1 г/л у 35 чел. Содержание холестерина (по Ильке) до лечения у 12 чел. составляло от 6,9 до 9,75 ммоль/л, после лечения нормализовалось. Концентрация холестерина и протромбиновый индекс как до, так и после лечения были в пределах нормы.

Содержание калия и натрия определялось у 26 чел. до и после лечения, отклонений от нормы не наблюдалось. Общий белок в сыворотке определялся у 81 больного до лечения, у 47 выявлено от 6,2 до 8,5, у 34 от 8,6 до 9,8 г/л. После лечения содержание общего белка у всех обследованных колебалось от 6,5 до 8,5 г/л. До лечения у 19 из 81 обследованного бета-липопротеиды показали от 10 до 12,7 ед., у 24—от 17 до 37, у 38—от 40 до 54 ед., после лечения у 69—от 10 до 12,1, у 10—от 17 до 37, у 2—от 40 до 54 ед. Амилаза крови до лечения была повышена от 120 до 213 ед./л у 16, после лечения лишь у одного больного она составляла 128 ед./л. С-реактивный белок до и после лечения дал положительную реакцию у 30 чел. через 24—48 часов. Щелочная фосфатаза проверена у 26 больных, отклонений от нормы не выявлено. Сулемовая проба до лечения колебалась от 1,4 до 1,7 ед. у 49 чел., после лечения нормализовалась. Йодная проба как до, так и после лечения была отрицательной у всех больных. Обследование дуоденального сока проведено у 86 чел. (у остальных оно было противопоказано в связи с возрастом и ишемической болезнью сердца). Большое количество эпителия выявлено до лечения у 67, слизи—у 75, желчного песка—у 67, разных кристаллов—у 46, эритроцитов—у 23 чел., после лечения—у 41, 26, 24 и 18 соответственно, а эритроциты не обнаружены ни у одного больного.

Анализ желудочного сока проводился до и после лечения у 89 больных, из них 4 имели анацидную, 26—гипоацидную, 30—нормальную, 29—гиперацидную кислотность. После лечения гипоацидность выявлена у 13, нормацидность—у 41, гиперацидность—у 35 чел. Очевидно, отвар листьев мушмулы повышает кислотность желудочного сока. Употребление отвара после еды препятствовало повышению желудочной кислотности. В период лечения все больные отмечали повышение аппетита.

По длительности лечения больные были разделены на 3 группы. Лечение отваром листьев мушмулы японской проводилось приемом внутрь 1—2 стаканов 3—5 раз в день в горячем виде. I группа (45 чел.) принимала отвар 4—5 недель и после 2-месячного перерыва повторяла курс. II группа (35 чел.) лечилась по 8 недель также с перерывом в 2 месяца, III (40 чел.)—12 недель с перерывом в 2—4 недели. Кроме того, III группа одновременно получала и физиотерапию. Учитывая желчекаменное свойство отвара и болезненность отхождения конкрементов, мы решили провести физиотерапию со спазмолитиками в сочетании с отваром. С этой целью нами предложен электрофорез 1% раствором платифилина вместо общепринятого 0,1%. Раствор 1% платифилина вводили с плюсового полюса. Прокладки брали размером 30 на 30 см, положительный полюс прикладывали по проекции желчного пузыря и луковицы

12-перстной кишки, отрицательный—под правую лопатку по проекции печени. Проводилось 20—30 сеансов продолжительностью 20—25 минут.

В первые 10 дней лечения больные соблюдали обычную диету, затем переводились на общий стол № 15. Аллергических и токсических явлений не наблюдалось. В первые 10 дней больные отмечали учащение мочеиспускания, увеличение диуреза, моча приобретала цвет молочных помоев, в ней увеличивалось количество осадков (измеряли в 3-литровой стеклянной банке сантиметром), слизи, появлялся песок в виде толченого кирпича, похожий на семена редиски. После 3-го дня лечения начиналось отхождение конкрементов с калом, которые в первые минуты по консистенции напоминали пластилин, а затем на воздухе затвердевали, некоторые из них отходили твердыми. Отмечалось отхождение большого количества желчи и слизи. На 5—10-й день наступало облегчение в правом подреберье, исчезало чувство тяжести. Все больные отмечали улучшение сна и общего самочувствия. Исчезли постоянные ноющие боли в правом подреберье, чувство тошноты, уменьшились горечь и сухость во рту. Приступы печеночной колики не повторялись. Ознобы стали реже, не сопровождались высокой температурой. На 20 и 30-й день исчезали все прочие жалобы, однако больные отмечали боли иного характера, кратковременные, колющие, которые проходили самостоятельно, иногда после приема горячего отвара небольшими порциями (1/4 или 1/2 стакана в течение 5—10 минут).

При объективном осмотре у больных всех 3 групп на 10-й день заметно уменьшились желтушность, пигментация кожи на лице и шее. Живот мягкий, печень не определяется, желчный пузырь на 10-й день определяется там же, болезненный, несколько увеличенный. На 20—30-й день желчный пузырь не определяется, точка Керра в большинстве случаев абсолютно безболезненна. Симптомы Ортнера, Мерфи и Френикуса феномен слабо выражены на 10-й и отрицательные на 20—30-й день. Зоны Захарьина-Геда слабо болезненны на 10-й день и безболезненны на 20—30-й день. Желтушность исчезла на 20—30-й день, кроме двух больных холелитиазом, у которых прошла на 46—60-й день. Пигментация кожи лица и шеи исчезла в конце курса лечения. В период лечения больные были трудоспособными, больничные листы получали лишь те, кто обращался с острым приступом печеночной колики (на 3—6 дней).

Таким образом, лечение хронического калькулезного холецистита отваром листьев мушмулы японской дало хорошие результаты, особенно в сочетании с электрофорезом 1% раствора платифиллина.

Городская поликлиника № 3 г. Сочи.

Поступила 1/10 1984 г.

Լ. Ն. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ԼԵՂԱՔԱՐԱՅԻՆ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՃԱՊՈՆԱԿԱՆ ԶԿԵՌԻ
ՏԵՐԵՎՆԵՐԻ ԽԱՇՈՒԿՈՎ ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐԱՅԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ
ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵՐ ՓՈՐՁԸ

*Բերված են տվյալներ ճապոնական ղկեռի տերևների խաշոկով լեղաքա-
րային հիվանդությանը տառապող հիվանդների բուժման արդյունքները: Հի-*

վանդները խաշուկն ընդունել են օրական 3—5 անգամ 1—2 բաժակ տաք վիճակում: Բուժումն անց է կացվել 2 անգամ 3 ամսվա կուրսով, մեկ ամսվա ընդմիջումով: Բուժման ազդեցության տակ հիվանդների մոտ վերացել են լյարդալին խիթերը և բոլոր գանգատները: Բոլոր հիվանդները բուժման 10-րդ օրվանից անցել են սնման ընդհանուր սեղանի:

L. N. KHACHATRIAN

OUR EXPERIENCE OF CHOLELITHIASIS TREATMENT WITH THE DECOCTION OF ERIBOTRYA JAPONICA LEAVES IN OUT-PATIENTS

The action of Eribotrya Japonica leaves decoction was studied in 120 patients with chronic cholelithiasis. The patients drank the warm decoction (1—2 glasses) 3—5 times a day. The course of treatment was three months twice with an interval of one month. After the treatment the biliary colic and all the complaints connected with it completely disappeared. On the tenth day the patients were transferred to a diet without any restriction.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Виноградов В. В., Гришкевич Э. В. Хирургия, 1965, 10, с. 51.
2. Виноградов В. В. Хирургия, 1979, 8, с. 51.
3. Виноградов В. В. Острый холецистит и его осложнения. Л., 1965.
4. Джавадян А. М. Дисс. докт. М., 1959.
5. Джавадян А. М., Хохлов В. И. Частные вопросы хирургии внепеченочных желчных путей. М., 1969.
6. Зайцев Л. А. В кн.: Желчнокаменная болезнь. М., 1979, с. 4.
7. Ковалев М. М. Вестн. хирур., 1971, 5, с. 17.
8. Ковалев М. М. Врач. дело, 1976, 1, 11, с. 69.
9. Анищенко К. И., Астапенко В. Г. Хирургия, 1981, 7, с. 3.
10. Милонов П. А. Хирургия, 1956, 6, с. 23.