

О ТАКТИКЕ ХИРУРГА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Проф. Н. В. СОКОЛОВ

Из кафедры госпитальной хирургии № 1 КГМИ
(зав. кафедрой — проф. Н. В. Соколов)

Вопрос о тактике хирурга в отношении больных с острым холециститом не является новым. Окиншевич еще в 1922 году на XV съезде российских хирургов указывал, что из числа 134 больных 65 были оперированы в холодной стадии, а 67 больных в связи „со всякого рода осложнениями — в острой стадии“. Вопрос об операции в острой стадии холецистита ставился и И. И. Грековым. Однако до последних лет по вопросу о показаниях к операции в острой стадии холецистита существовали большие разногласия.

Если ряд современных хирургов — А. Н. Бакулев, В. Р. Брайцев, Б. А. Петров, Ф. Г. Углов — принципиально считают хирургическое вмешательство при остром приступе холецистита вполне целесообразным, то ряд хирургов держался до последнего времени старых установок Кера (Kehr), С. П. Федорова. Последний в 1934 г. в своей монографии „Желчные камни“ писал: „Мы, хирурги только тогда можем пропагандировать эктомию (желчного пузыря) во время острого приступа, когда статистически будет доказано, что процент смертности при этом будет таким же, как при операции в интервале“.

За последние 25 лет среди хирургов произошел большой сдвиг в сторону расширения показаний к операции в острой стадии. Были даже попытки полностью приравнять показания к операции в острой стадии холецистита к операции при остром аппендиците.

Не подлежит сомнению, что в этиопатогенезе и течении острого аппендицита и острого холецистита очень многое сходного.

Но тактика хирургов, равно как и терапевтов, в отношении больных с острым холециститом по существу должна быть динамична.

При постановке диагноза „острый аппендицит“ показано срочное оперативное вмешательство, независимо от характера течения процесса и возраста больного. Исключением являются только больные, течение аппендицита у которых осложнилось инфильтратом без образования абсцесса.

При остром холецистите показания к операции ставятся в зависимость от характера и течения воспалительного процесса, от того, первый или повторный приступ холецистита имеется у больного. При обосновании тактики хирургов в отношении больных с острым холециститом нужно учитывать, что первичный приступ острого холецистита в большинстве случаев разрешается при консервативном лечении, и поэтому такие больные могут в дальнейшем не нуждаться в оперативном лечении. Если катарральные формы аппендицита переходят в деструктивные (гангренозные, перфоративные) приблизительно в 25% случаев, то катарральные формы холецистита

переходят в деструктивные и осложняются эмпиемой, перфорацией пузыря или перитонитом.

Вторичный приступ может протекать так же, как и первичный — по типу катаррального холецистита, но чаще переходит в флегмононозно-гангренозные формы с указанными осложнениями.

Нужно помнить, что каждый повторный приступ ведет к тем или иным органическим изменениям стенок желчного пузыря — вплоть до рубцового его сморщивания, к спайкам с окружающими тканями и органами, что сказывается на сократительной способности пузыря и его функции. А это имеет значение, так как с уменьшением или исчезновением сократительной способности желчного пузыря последний теряет функцию регулирования давления *ductus cholecdochus*, что создает благоприятные условия для восходящей инфекции из двенадцатиперстной кишки.

При явлениях острого холецистита нужно учитывать и возможность обтурационной желтухи, которая чаще всего бывает связана с закупоркой камнем общего желчного протока.

За последние 15 лет вопрос о показаниях к оперативному вмешательству при остром холецистите подвергся у нас в Союзе пересмотру в сторону их расширения, и передовыми хирургами нашей страны разработаны на практике положения, которые сначала обсуждались в медицинской печати, а затем, в ноябре 1956 г. вынесены на VI Пленум Правления Всесоюзного общества хирургов в Ленинграде, где по вопросу о тактике хирургов при остром холецистите были заслушаны 22 доклада и 20 выступлений в прениях. Горячим пропагандистом оперативного вмешательства в острой стадии холецистита является проф. Б. А. Петров, который еще в 1950 году на страницах журнала „Хирургия“ указывал, что операция при остром холецистите должна войти в обиход как обязательная операция, радикально разрешающая приступ, предупреждающая рецидивы и осложнения и, в абсолютном большинстве случаев, излечивающая основное страдание (желчно-каменную болезнь).

Такой же позиции придерживается и проф. А. Н. Бакулев. Проф. А. Д. Очкин, поддерживая расширение показаний к операциям в острой стадии холецистита, подчеркивал, что больные с легкой формой катаррального холецистита и с дискинезиями операции не подлежат. По его мнению, при остром холецистите требуется неотложная операция только в исключительных случаях. При поступлении больных с острым холециститом следует большей частью держаться выжидательной тактики с целью уточнить диагноз и оперировать больных с острой стадией процесса только при явно вынужденном ухудшении.

А. Д. Очкин в защиту этой выжидательной тактики указывал на трудности диагностики острого холецистита (по сравнению с острым аппендицитом).

Показания к операции при остром холецистите четко сформулировал проф. М. А. Топчибашев. По его мнению, больные с первичным приступом острого холецистита, без явлений обтурации желчных путей, операции не подлежат ни в острой, ни в холодной стадии, так как первый приступ часто бывает единственным. Больные же с повторным острым приступом холецистита подлежат хирургическому лечению, но не в момент приступа, а спустя 5—6 дней после стихания острых явлений. Больные с поздним сроком от начала заболевания, с осложнениями в форме гнойного холецистита, эмпиемы и перфорацией желчного пузыря перитонитом, обтурации общего желчного протока с холангитом, подлежат немедленному оперативному вмешательству.

На VI Пленуме Всесоюзного общества хирургов в ноябре 1956 г. проф. А. Т. Лидский подчеркивал, что во время острого приступа холецистита обязательно исследование мочи на диастазу в целях выяснения степени поражения поджелудочной железы. Он же указал на преувеличенные опасения оперировать в острой стадии лиц преклонного возраста.

Проф. Б. А. Петров в докладе на пленуме привел интересные цифры послеоперационной смертности. Оперированные на сроке 1—3 суток (срочная операция) дали 2,6% послеоперационной смертности. Оперированные по миновании острых явлений на сроке 8—12 дней после начала приступа (ранняя операция) дали 1,1% смертности. Оперированные немедленно при наличии осложнений (вынужденная операция) дали 37,7% послеоперационной смертности.

Как о прогрессивных и новых методах, сообщалось о рентгенологическом исследовании желчных путей на операционном столе по вскрытии брюшной полости (Петров, Антонович), об операционной рентгеноманометрии (Виноградов, Буянов).

Таким образом, на Пленуме Всесоюзного общества хирургов в Ленинграде старые установки С. П. Федорова (1934 год), возражавшего против операций в острой стадии холецистита, не нашли ни одного защитника. Цифровыми данными, основанными на большом количестве наблюдений, было доказано, что послеоперационная смертность при флегмонозно-гангренозных формах, когда еще нет осложнений, почти не превышает смертности при операциях, производимых в интервалах, и что только операции предупреждают грозные осложнения.

Вопрос о показаниях к операции и тактике хирурга в отношении больных с острым холециститом обсуждался в Казани в 1954 году на совместном заседании обществ терапевтов и хирургов.

Через стационар госпитальной хирургической клиники Казанского медицинского института и ее филиал в 12 городской больнице за период с 1941 по 1956 гг. прошло 635 больных с диагнозом „острый холецистит“.

Из них только 142 больных были подвергнуты хирургическому вмешательству, что составляет 22,5% прошедших через стационар больных с острым холециститом.

Нужно сказать, что до 1951 года клиника стояла на старых позициях в отношении лечения больных с острым холециститом. При остром холецистите оперировались только больные с осложнениями в форме тяжело протекающих эмпием желчного пузыря, с признаками перфорации, при перitoneальных симптомах, что сказывалось на послеоперационной смертности. Так с 1941 по 1950 гг. на 22 операции при остром холецистите умерло 8 больных, что составляет 36,5% послеоперационной смертности.

Начиная с 1951 года, мы придерживались следующей тактики:

Больные с легко разрешающимися первичными приступами не оперировались. Им систематически проводилось консервативное лечение (инъекции пенициллина, атропина, лечение сульфатами, диета, курортное лечение). Больные, поступавшие с явлениями острого холецистита в тяжелом состоянии, но без ясно выраженных осложнений, подвергались наблюдению, консервативному лечению и, в случае ухудшения в течении болезни, оперировались на 2—3 сутки после поступления. Оперированные в такие ранние сроки дали около 3% послеоперационной смертности. Больные, у которых острое, тяжелое течение болезни шло на разрешение, подвергались операции по минованию острых явлений, через 8—12 суток после поступления; при этом неблагоприятный исход наблюдался в 2%. Немедленной операции подвергались больные, поступившие в тяжелом

состоянии с выраженными осложнениями, отчего процент смертности был наиболее высок.

Из 635 больных с острым приступом холецистита оперативному вмешательству подверглись 142. Из них только 19 больных поступили с первичным тяжелым приступом. Остальные 123 поступили с рецидивным приступом. Абсолютное большинство больных, подвергшихся консервативному лечению, поступило с первичным приступом — 459 из 493.

Из общего числа больных, леченых консервативно, 11 отнесены к группе флегмонозных холециститов, в связи с первоначальным тяжелым течением. Они не были оперированы немедленно, так как грозных осложнений не было, а по разрешении острого приступа — от операции отказались.

У 25 больных, которым в острой стадии была произведена холецистэктомия, при гистологическом исследовании установлены катаральные изменения стенки желчного пузыря. У большинства этих больных имелся рецидивный холецистит, что при наличии камней в пузыре оправдывало эктомию.

Из всех больных с флегмонозным холециститом операции подверглись 54 больных. Из них 40 больным произведена холецистэктомия с 2 смертельными исходами. 6 больным произведена не только холецистэктомия, но и, в связи с осложнением процесса обтурационной желтухой, — холедохотомия с удалением камня из общего желчного протока. У всех исход благоприятный.

6 больным в связи с возрастом и тяжелым состоянием произведена холецистостомия с 2 смертельными исходами. При этом у одного из этих больных в дальнейшем причиной смерти явился рак печени.

Заслуживает внимания наблюдение над одной больной, которой при картине острофлегмонозного каменного холецистита была произведена холецистогастростомия.

В., 66 лет, поступила в клинику с явлениями острого холецистита и обтурационной желтухи. При вскрытии брюшной полости обнаружен флегмонозно-измененный желчный пузырь с камнями, расширенный желчный проток с обтурацией в самых нижних отделах (у Фатерова сосочка). В связи с тяжелым состоянием больной мы не решились произвести холецистэктомию, холедохотомию и, возможно, дуоденотомию; по удалении камней из желчного пузыря наложено соусье между желчным пузырем и желудком. Больная через 28 дней выписалась в удовлетворительном состоянии с почти исчезнувшей желтухой. Через полгода ночью рецидив припадка остройших болей в правом подреберье. Купирование припадка инъекцией атропина и морфия. В пределах суток при просевании кала обнаружен холестериновый камень.

В данном случае нами была произведена вынужденная холецистогастростомия при остром холецистите, осложненном обтурационной желтухой. Она не может быть рекомендована, как системно-проводимый метод при холециститах, осложненных обтурационной желтухой, и осуждается в литературе (Долиотти и Фольяти; Schakkegard, Cavanagh).

Самые плохие результаты были получены при флегмонозно-гангренозных формах холецистита, осложненных перфорацией пузыря, и при флегмонозных формах с развитием эмпиемы пузыря. При флегмонозно-гангренозной форме с перфорацией пузыря оперировано 20 больных, причем 18 из них произведена холецистэктомия с 7 смертельными исходами. 2 больным, в связи с очень тяжелым состоянием, произведена холецистостомия; оба больных умерли.

Из 11 больных с эмпиемой желчного пузыря у 6 была произведена холецистэктомия с 2 смертельными исходами. 4 больным была произведена холецистостомия с летальным исходом.

Одной больной при флегмонозном каменном холецистите, осложненном эмпиемой пузыря, была произведена холецистостомия и холе-

дохотория. Приводим краткие сведения о ней, поскольку они представляют интерес для практического врача.

Е. была переведена из терапевтической клиники с диагнозом — «острый калькулезный холецистит; обтурационная желтуха». Начало желтухи задолго до острого окутанного спаянным с ним сальником. В пункте из пузыря обнаружен гной. Холецистотомия с удалением камней. Зондирование общего желчного протока показало полную проходимость его в двенадцатиперстную кишку. При зондировании печеночных ходов — преплата в виде плотной ткани, но не камня. На печени ясных признаков новообразования не обнаружено. Желчный пузырь, как и *ductus choledochus*, проренирован. Больная через неделю умерла при явлениях печеночной недостаточности. На секции обнаружена атрезия печеночных ходов и пузырного протока. При дальнейшем исследовании установлен рак, исходящий из печеночных ходов.

Все больные нами оперировались под местной инфильтрационной анестезией. С 1952 года, как правило, в брюшную полость под печень вводилась тонкая резиновая трубка для орошения в течение 4 суток пенициллином. При деструктивных формах холецистита вводилась и марлевая турунда. До 1952 года турунда вводилась перед зашиванием брюшной стенки всем больным.

С 1955 года при тяжелых формах холецистита стали применять заплевральную новокаиновую блокаду чревных нервов с целью профилактики перитонита, а также при наличии симптомов. Применение блокады имеет значение для исхода заболевания, а до операции — способствует, кроме того, большей эффективности местного обезболивания.

На исход заболевания при остром холецистите влияет характер течения процесса, срок доставки больных в хирургическое учреждение. Наибольший процент смертности мы имели в группе больных, доставленных на позднем сроке, особенно при осложнении процесса эмпиемой, перфорацией, перитонитом.

Имеет значение и выбор метода операции. Так, на 116 холецистэктомий умерло 16 больных, а на 17 холецистостомий умерло 8 человек. Правда, нужно оговориться, что холецистостомии подвергались обычно самые тяжелые больные.

Причиной смерти у большинства умерших после операции при остром холецистите был перитонит; у одной больной — сопутствующий процесс — геморрагическая форма острого панкреатита; у двух больных смерть последовала на позднем сроке по случаю рака, исходящего из печеночных ходов.

Наши клинические наблюдения и соображения о тактике хирургов в отношении больных с острым холециститом дают основание сделать следующие выводы:

1. Больные с первичным приступом острого холецистита, при легко разрешающемся течении процесса, операции не подлежат.

2. Больных с рецидивирующими приступами острого холецистита при сравнительно легко разрешающемся течении процесса следует оперировать по разрешении острых явлений, то есть на 10—12 день после начала приступа.

3. Больные с тяжело протекающим приступом острого холецистита, но без явлений перфорации желчного пузыря, подлежат тщательному клиническому наблюдению под контролем динамики изменений белой крови, особенно в течение первых 2—3 суток.

При первичных формах острого холецистита и тенденции процесса к разрешению больные должны быть взяты под наблюдение и подвергнуты операции только в случае повторения приступа.

При повторной форме острого холецистита и тенденции процесса к разрешению больные подлежат операции по миновании острых явлений на 8—12 день после начала приступа («ранняя операция», по Б. А. Петрову).

При неразрешении и прогрессировании процесса больные подлежат операции на 2—3 сутки после поступления („срочная операция“, по Б. А. Петрову).

4. Больные с острым холециститом с явлениями перфорации желчного пузыря, перитонитом — подлежат немедленной операции („вынужденная операция“, по Б. А. Петрову).

5. Больные с острым холециститом, осложненным обтурационной желтухой, при наклонности приступа к разрешению подлежат операции по минованию острых явлений.

6. Больные с острым холециститом, обтурационной желтухой, осложненным холангитом подлежат „срочной“ операции на 2—3 сутки после поступления.

7. Метод холангиографии на операционном столе необходимо пропагандировать и внедрять в практику.

8. Больные с острым холециститом при их госпитализации должны постоянно подвергаться консультации хирурга, так как ответственность за показания к операции и ее своевременность должна возлагаться не только на терапевта, но и на хирурга.

ЛИТЕРАТУРА:

1. С. П. Федоров. „Желчные камни и хирургия желчных путей“, Медгиз, 1934.
 2. Б. А. Петров. Оперативное лечение острого холецистита. „Хирургия“, № 10, 1950.
 3. А. Д. Очкini. Современное состояние клиники и хирургического лечения заболеваний желчных путей. Там же.
 4. М. А. Топчибашев. О лечении острых холециститов. „Хирургия“, № 1, 1951.
 5. Б. А. Петров. Проблема острого холецистита. „Хирургия“, № 11, 1956.
 6. Г. М. Галайко. Острый холецистит и показания к его хирургическому лечению. Там же.
 7. Тезисы докладов на VI Пленуме Правления Всесоюзного общества хирургов. Ленинград, 1956.
 8. Schakkeford, Cavanagh. Цит. по Экспресс-информации „Здравоохранение и медицина“. Вып. 3, 1957.
 9. Долиотти и Фольяти. Хирургия печеночного и общего желчных протоков. „Экспериментальная хирургия“, № 2, 1957.
-