

ходиться под наблюдением врача. В этой стадии определение функционального состояния поджелудочной железы по содержанию ферментов в дуоденальном соке вполне оправданно, и полученные данные подскажут правильную тактику дальнейшего лечения.

Нередко лечение больных с острым холециститом начинают с антибиотиков. Нужно помнить, что применять антибиотики, как и наркотики, до уточнения диагноза не следует, ибо они затемняют клиническую картину. Это особенно важно в отношении пожилых и старых больных, у которых деструктивные процессы способствуют бурному развитию заболевания.

В принципе тактика лечения больных острым холециститом в любом возрасте одна, но поскольку у пожилых и старых все осложнения протекают более тяжело, требуется строго индивидуализированный подход. У пожилых и старых после операции часто развиваются осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Склонность к деструктивным процессам, стертость клинических симптомов, своеобразие тактики консервативного и оперативного лечения дают основание для выделения холецистопанкреатитов пожилого и старческого возраста в самостоятельную группу.

Несколько слов об этиологии и патогенезе острого панкреатита. Бесспорно, что главной причиной возникновения острого воспаления поджелудочной железы является задержка секрета и активизация ферментов. Нет сомнения, что в генезе острых панкреатитов и тем более холецистопанкреатитов большое значение имеет заболевание желчных путей. Острый панкреатит — полиэтиологическое заболевание. Его возникновение связано со многими моментами, и тесная анатомо-функциональная взаимозависимость, существующая между печенью, желчным пузырем и панкреасом, обуславливает сочетание заболевания этих органов, причем не последнюю роль играют аномалии общего желчного и панкреатического протоков.

Остановимся на значении местных циркуляторных расстройств в патогенезе острого панкреатита, артерита, спазма, тромбоза и эмболии, разрыва мелких сосудов, местной аноксии и очагового некроза поджелудочной железы.

На нашем клиническом материале мы видели острейшие панкреатиты, возникшие в результате нарушения местного кровообращения. Например, в ходе операции по поводу тяжелой токсической аденомы щитовидной железы у больной возникли боли в животе. Через 18 часов больная умерла, на вскрытии был обнаружен острый геморрагический панкреатит. У второй больной, скоропостижно скончавшейся, также был острый панкреатонекроз. Третий больной был помещен в терапевтическую клинику с сильными болями в области сердца. Через несколько часов боли переместились в брюшную полость, и больной был оперирован по поводу острого панкреатита. На операционном столе обнаружен геморрагический панкреатонекроз. Есть основания все эти катастрофы рассматривать как последствия острых циркуляторных расстройств.

Об особой заинтересованности мельчайших сосудов и капилляров поджелудочной железы при остром панкреатите свидетельствует экспериментальное исследование (Т. И. Сирия). Помимо значительного увеличения объема капилляров, который указывает на воспалительную гиперемию, наблюдается варикозное выпячивание стенок капилляров, они теряют свое нормальное очертание. Увеличение объема капилляров и их варикозное расширение характерны для серозного панкреатита и лучше выражены в головке поджелудочной железы. При панкреатонекрозе же возникают тромбы в капиллярах и мельчайших сосудах поджелудочной железы. Образование тромбов объясняется непосредственным воздействием трипсина на стенки сосудов.

Нередко периферия затромбированного сосуда заполнена контрастным веществом, что свидетельствует о наличии коллатерального кровообращения.

Приведенные факты ставят вопрос о целесообразности воздействия на свертывающую систему крови антикоагулянтами.

УДК 616.366—002—616—059

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ¹

П. В. Кравченко, Н. А. Кандренкова и Л. В. Осиповский

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Проблему острого холецистита до сих пор нельзя считать окончательно решенной, в связи с чем анализ результатов лечения в отдельных хирургических учреждениях может представлять известный интерес.

¹ Доложено на XVI научной сессии Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР. Казань, 1965.

Мы изучили истории болезни 868 чел. с острым холециститом, из которых было оперировано 230 (мужчин — 33, женщин — 197). У оперированных были следующие патологоанатомические формы острого холецистита: катаральная — у 15, флегмонозная — у 107, гангренозная — у 79, перфоративная у 29. У 52 больных был желчный перитонит.

Из оперированных по поводу острого холецистита умерли 30 чел., что составляет 13% по отношению к оперированным и 3,9% — ко всем поступившим с острым холециститом. Среди неоперированных умерло 4. Среди умерших было 6 мужчин и 28 женщин.

Более половины оперированных были в возрасте 55—60 лет, а 21 — в возрасте 70—80 лет. Таким образом основной контингент составили больные пожилого и старческого возраста. У большинства из них имелись сопутствующие заболевания (атеросклероз, гипертоническая болезнь, хроническая коронарная недостаточность и др.), что, безусловно, сказалось на исходах оперативного лечения.

Все больные были оперированы под местной инфильтрационной анестезией по А. В. Вишневскому. Операции в большинстве случаев выполнялись дежурными хирургами различной квалификации.

При поступлении больного в ранние сроки, когда общее состояние было удовлетворительным и не было признаков перитонита, применялось консервативное лечение, включавшее двустороннюю паранефральную новокаиновую блокаду по А. В. Вишневскому, назначение антибиотиков, атропина, нитроглицерина или амилнитрита, внутривенное вливание 40% раствора глюкозы, голод на ближайшие 78—90 часов, щелочные минеральные воды.

При типичной печеночной колике без высокой температуры и повышенного лейкоцитоза на область печени клали грелку, а при явлениях инфекционного холецистита — пузырь со льдом.

Если у больного после перечисленных выше мероприятий в ближайшие 5—10 час. стихают боли, снижается температура, уменьшается количество лейкоцитов и улучшается формула крови, то консервативное лечение продолжают и операцию откладывают. Спустя 12—14 дней в показанных случаях после проведения соответствующего клинического обследования и предоперационной подготовки больного оперируют. Эта категория больных в данное сообщение не включена. В случае безуспешности консервативной терапии производят срочную операцию.

Особое внимание необходимо уделять больным пожилого возраста, у которых клинические проявления острого холецистита часто не соответствуют патоморфологическим изменениям в желчном пузыре. В этом возрасте наблюдаются тяжелые формы и неблагоприятное течение флегмонозного и гангренозного холецистита. Это подтверждают и наши данные. В числе умерших от острого холецистита не было ни одного моложе 20 лет; в возрасте от 21 до 40 лет было 4, от 41 до 50 лет — 2, от 51 до 60 лет — 8, от 61 до 70 лет — 9 и старше 70 лет — 13.

В ряду многих факторов, влияющих на исход острого холецистита, следует учитывать сроки поступления больных от начала заболевания. Так, например, среди наших 34 умерших 8 поступили на вторые сутки с момента заболевания, а 14 — на третьи. Нередко еще врачи помощи на дому считают возможным наблюдать больных с острым холециститом в домашних условиях, и только безуспешность консервативного лечения заставляет их спустя 2—3 дня от начала приступа направить больных в стационар. Из 34 умерших у 31 была деструктивная форма острого холецистита. Из 3 больных с катаральной формой острого холецистита причиной летальности у 2 был развившийся гнойный холангит на фоне просмотренного при операции камня общего желчного протока, у 1 — рак головки поджелудочной железы. 4 больных не были оперированы, 1 из них из-за отказа от операции, 3 из-за крайне тяжелого общего состояния. Все они были старше 60 лет.

После операции умерло 30 чел.; у 26 была сделана холецистэктомия, у одного — в сочетании с холедохотомией, дренажем общего желчного протока, у 4 — холецистостомия. Холецистостомия производилась у тех больных, у которых эктомия была невыполнима из-за тяжести состояния или технических трудностей. Из этих 6 больных умерло 4.

224 больным была сделана холецистэктомия, у 5 она сочеталась с холедохотомией и дренажем общего желчного протока по А. В. Вишневскому. Показанием к холедохотомии были камни в протоке, холангит с резко выраженной желтухой и высокой температурой. Мы избегаем наложения швов на вскрытый общий желчный проток, считая, что при остром холецистите, как правило, имеется холангит, и отведение желчи через дренаж, а также введение через него антибиотиков способствуют более благоприятному течению.

При холецистите в процесс вовлекается не только желчный проток, внепеченочные желчные ходы, но также печень и поджелудочная железа. Из 868 больных у 70 были холецистопанкреатит. Чем длительнее страдание, тем серьезнее изменения в печени, в поджелудочной железе и внепеченочных протоках, включая и фатеров сосок. Этим больным после операции показано длительное терапевтическое и санаторно-курортное лечение, направленное на улучшение функции печени, ликвидацию сопутствующего гепатита и воспалительных явлений во внепеченочных ходах и фатеровом соске.

Каждый повторяющийся воспалительный процесс в желчном пузыре и протоках не проходит бесследно для больного, а вызывает изменения в паренхиме печени и поджелудочной железе, обуславливая нарушение функции этих органов, снижение иммунологических свойств организма. В результате летальность у лиц, страдающих холециститом длительное время, выше.

Несмотря на расширение показаний к хирургическому лечению острого холецистита, на применение антибиотиков как в пред-, так и в послеоперационном периоде, летальность все еще остается высокой (по данным ряда авторов — от 8,1 до 14%, у нас она равняется 13%).

Причиной летальных исходов у наших больных был перитонит (20), пневмония (4), воспаление желчных путей (4), панкреонекроз (4), прочие заболевания (4). Особенно велика летальность в группе больных, которым операция производилась в поздние сроки от начала заболевания. Из 30 умерших у нас таких было 15.

Высокая летальность оперированных в первые 12 часов после поступления объясняется тем, что они были доставлены в тяжелом состоянии после лечения на дому в течение нескольких суток.

Через 3 суток операция становилась труднее и опаснее (И. М. Тальман). В это время успевали развиться тяжелые воспалительные процессы в окружности пузыря с образованием инфильтрата. Здесь приходится зачастую оперировать по жизненным показаниям, в первую очередь из-за развития перитонита или ограниченных гнойников брюшной полости.

Неблагоприятные результаты оперативного лечения острого холецистита не всегда связаны с погрешностями в оперативной технике. Необходимо учитывать ряд факторов, относящихся к больным (длительность страдания, пожилой возраст, состояние печени, ожирение, наличие желчного перитонита, особенности операции и др.). Неудовлетворительные результаты лечения могут также зависеть от ряда патологических изменений в поджелудочной железе и фатеровом соске.

Нами повторно осмотрено в отдаленные сроки после операции 70 чел.; 62 из них чувствуют себя хорошо, 8 — плохо. У них повторяются приступы болей, причем у 3 боли сопровождаются нерезко выраженной желтухой, повышением температуры и увеличением печени. Обследование этих больных показало, что у 1 больной причиной был камень общего желчного протока. Она была повторно оперирована (удален камень из протока, сделано рассечение фатерова соска). Сейчас прошло 3 года, состояние женщины хорошее, приступов болей нет. У 2 больных был установлен хронический панкреатит и папиллит. Консервативное лечение, включая санаторно-курортное, соблюдение диеты улучшили их состояние. От повторной операции они отказались.

Анализ наших наблюдений позволяет считать, что дальнейшие успехи в лечении больных с острым холециститом зависят от соответствующей организационной работы. Необходима более ранняя госпитализация. Помещение этих больных в терапевтическое отделение должно рассматриваться как ошибка. В хирургических стационарах должна быть выработана единая тактика: ранняя госпитализация и соответственно раннее оперативное вмешательство.

Больных, перенесших острый холецистит, необходимо диспансеризировать. Они должны получать терапевтическое, санаторно-курортное и диетическое лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джавадян А. М. Хирургия, 1956, 6. — 2. Каменчик М. Г. Хирургия, 1955, 5. — 3. Кравченко П. В., Волков В. Е. Хирургия, 1962, 3. — 4. Климов В. Н. Клин. мед., 1957, 5. — 5. Ланда Б. А. Вестн. хир. им. Грекова, 1961, 2. — 6. Ланда Б. А., Хнох Л. И. Хирургия, 1957, 2. — 7. Лидский А. Т. Хирургия, 1955, 5; Клин. мед., 1962, 8. — 8. Маслов П. Н. и Авдей Л. В. Хирургия, 1961, 7. — 9. Напалков П. Н. Хирургия, 1955, 5. — 10. Норенберг-Чарквиани А. Е. Хирургия, 1955, 5. — 11. Петров Б. А. Хирургия, 1955, 5; Хирургия, 1956, 11. — 12. Ралль М. Б. Хирургия, 1960, 4. — 13. Стручков В. И., Григорен А. В. Вестн. хир. им. Грекова, 1957, 1. — 14. Тальман И. М. Хирургия желчного пузыря и желчных протоков. Медгиз, М., 1963.

УДК 616.366—002

ХОЛЕЦИСТИТ В ДЕТСКОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Р. М. Нурмухамедов

Факультетская хирургическая клиника (зав. — проф. М. П. Постолов) лечебного факультета Ташкентского медицинского института

Холециститом страдают чаще люди среднего и особенно пожилого возраста. У детей острый холецистит встречается редко, и в литературе приводятся описания лишь отдельных наблюдений.