

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 иммунобиологических 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. Необходимо 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. Клиническая медицина, 1957, 5. — 5. Ланда Б. А. Вестник хирургии имени Грекова, 1961, 2. — 6. Ланда Б. А., Хнох Л. И. Хирургия, 1957, 2. — 7. Лидский А. Т. Хирургия, 1955, 5; Клиническая медицина, 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., Григоренко А. В. Вестник хирургии имени 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.

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 инфльтрационной 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 больного 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 был 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 иммунобиологических 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. Необходимо 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.