

ВЫВОДЫ

1. Обнаруженные изменения в белковой картине крови не являются специфическими для данного заболевания, а отражают динамику воспалительного процесса. Изменения белковых фракций и фракций глюкопротеидов находятся в прямой зависимости от тяжести патоморфологической картины в желчном пузыре.

2. Изменения белковых фракций и фракций глюкопротеидов позволяют выявить начинающиеся осложнения в послеоперационном периоде. Эти исследования в динамике позволяют судить о течении, тяжести воспалительного процесса, эффективности лечения и имеют прогностическое значение.

3. Изменения со стороны α_1 и α_2 -глобулинов и α_1 и α_2 -глюкопротеидов являются параллельными, что подтверждено методом корреляционного анализа.

4. При выписке больных, как правило, существуют еще значительные диспротеинемические сдвиги в белковой картине крови, указывающие на неполную нормализацию биохимических процессов в организме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Билич И. Л. Тер. арх. 1960, 32. — 2. Денисова М. Г. Тр. I Всерос. съезда терапевтов. Медгиз, М., 1960. — 3. Двужильная Е. Д., Соколовский А. М. Клин. хир. 1962, 5. — 4. Гурвич А. Е. Методическое письмо АМН СССР. Медгиз, М., 1959. — 5. Капланский Б. С. Хирургия. 1961, 7. — 6. Карпюк С. А. Нов. хир. арх. 1962, 3. — 7. Таджиев К. Т., Рахимов С. И. Хирургия. 1965, 1. — 8. Чеповский В. С. Клин. хир. 1962, 5. — 9. Segawa Ko, Tohoku Gaku zassi. 1958, 57, 1, 72—80. — 10. Koiw E., Gronwall A. Scand. J. Clin. Lab. Invest. 1952, v. 4, p. 244.

Поступила 13 февраля 1964 г.

УДК 616.366—902

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ЛИЦ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ¹

И. М. Поповьян, Б. В. Крапивин и Л. А. Франкфурт

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. М. Поповьян)
Саратовского медицинского института

Общая летальность среди больных, оперированных по поводу острого холецистита, за последние годы значительно снизилась и колеблется в пределах от 1,3% до 2,4% (Г. Г. Караванов и Ф. А. Спектор, Я. И. Гринберг). Однако при анализе этих показателей оказывается, что среди умерших после операции основную массу составляю лица в возрасте 60 лет и старше. По Б. А. Петрову летальность в этом возрасте составила 12,2%, по Б. А. Королеву и Д. Л. Пиковскому — 13,7%, по А. И. Масумову — 25%, по Б. М. Хромову и Л. П. Виноградовой — 45%. По-видимому, объяснение этому следует искать в выраженных явлениях атеросклероза, частом наличии организма инфекции и понижении толерантности к операционной травме. Последняя же, если речь идет о холецистэктомии, остается довольно значительной. По-видимому, у каждого больного следует тщательно соразмерять тяжесть предстоящего оперативного вмешательства с его общим состоянием. Уместно вспомнить, что еще на XVII—XVIII съездах российских хирургов С. П. Федоров, Э. Р. Гессе, П. А. Герцен и Н. Н. Петров предлагали у тяжелых больных прибегать к холецистостомии. В последние годы в связи со значительной активизацией тактики при остром холецистите показания к холецистостомии были резко сужены.

В нашей клинике за период с 1952 г. по 1963 г. находился на лечении по поводу острого холецистита 931 больной. 159 из них (17%) были оперированы (мужчин — 22, женщин — 137).

В возрасте до 60 лет было оперировано 93 больных, 60—69 лет — 41, 70—79 лет — 22, 80—89 лет — 2, 90 лет — 1 больной.

¹ Доложено на заседании Саратовского научного общества хирургов 15/II 1964 г.

Из 93 больных, прооперированных в возрасте моложе 60 лет, мы потеряли одну больную (1,07%). Причиной смерти послужила печеночная недостаточность. Всем этим больным была произведена холецистэктомия.

Из 66 больных, оперированных в возрасте старше 60 лет, у 62 больных, помимо острого холецистита, был диагностирован выраженный атеросклероз с поражением сосудов головного мозга, коронарных сосудов с вторичными склеротическими изменениями в мышце сердца. У двух больных в анамнезе был инфаркт миокарда, 16 больных страдали гипертонической болезнью II—III ст. У 10 больных имелись выраженные симптомы сердечно-легочной недостаточности.

Как правило, эти больные госпитализировались и подвергались оперативному лечению в поздние сроки с момента заболевания. В первые трое суток оперировано 35 больных, а 31—позже. Трудность диагностики в значительной степени была обусловлена различными инволюционными изменениями, чем, видимо, и объясняется позднее поступление этих больных в стационар. Значительная часть наших больных до поступления в клинику лечилась на дому по поводу предполагаемых других заболеваний: острого гастрита, затянувшегося приступа стенокардии. Только 41 больному врачами скорой помощи был правильно поставлен диагноз острого холецистита. 12 больных были направлены с диагнозом острого живота, 12—по поводу предполагаемого острого аппендицита и один—с диагнозом перфоративной язвы желудка.

Как известно, клиническая картина острого холецистита у больных в этом возрасте не всегда выражена так ярко, как у лиц более молодых. Реакция на воспалительный процесс часто бывает незначительной даже при наличии деструктивных изменений в желчном пузыре. У 7 больных клиническая картина была стертой и неясной, а у 20—не соответствовала тяжести морфологических изменений в желчном пузыре, что и служило поводом для длительного наблюдения в расчете на успех консервативной терапии. В то же время среди 66 этих больных старше 60 лет ни у одного не были обнаружены лишь катаральные изменения в пузыре. Флегмонозный холецистит был обнаружен у 42 больных, гангренозный—у 6, эмпиема желчного пузыря—у 8. У 6 больных была обнаружена перфорация желчного пузыря, начинающийся желчный перитонит. Кроме того, у 4 больных, наряду с гангреной желчного пузыря, были обнаружены подпеченочные и поддиафрагмальные абсцессы.

Какой-либо зависимости между частотой приступов в прошлом и характером изменений в желчном пузыре к моменту оперативного вмешательства нам отметить не удалось. Только двое больных поступили в стационар с первым приступом холецистита, причем во время операции у них была обнаружена гангрена желчного пузыря.

У 48 больных в просвете пузыря были обнаружены камни. Эти больные страдали калькулезным холециститом в течение многих лет. Это обстоятельство, на наш взгляд, лишний раз подчеркивает необходимость раннего хирургического лечения калькулезного холецистита в более молодом возрасте, когда риск оперативного вмешательства значительно меньше.

Состояние большинства больных при поступлении было тяжелым. При этом тяжесть их состояния была обусловлена не только характером воспалительного процесса в желчном пузыре, но и тяжелыми сопутствующими изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхательной недостаточностью той или иной степени, а порой и выраженными явлениями старческого маразма. Поэтому выработка показаний к оперативному вмешательству в этих случаях всегда была сопряжена с известными затруднениями и колебаниями. В силу несоответствия между клиническими проявлениями заболевания и морфологическими изменениями в желчном пузыре решение основного вопроса—катаральный ли у больного холецистит или деструктивный, как правило, требует известного времени. Характерной чертой неосложненного острого холецистита мы считаем боли в правом подреберье с типичной иррадиацией, но при отсутствии напряжения мышц передней брюшной стенки, при нормальной или слегка повышенной температуре и нормальном лейкоцитозе. Консервативное лечение в таких случаях в течение ближайших 6—8 часов значительно улучшает состояние больных и снижает интенсивность воспалительного процесса. С другой стороны, наличие резких болей в правом подреберье, напряжение мышц передней брюшной стенки, появление симптома Щеткина, увеличение желчного пузыря, повышение температуры и лейкоцитоза при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение ближайших 3—4 часов служили настоятельным показанием к срочному оперативному вмешательству. При неясной или стертой клинической картине заболевания вопрос решался динамическим наблюдением. Если в течение максимум ближайших суток консервативное лечение не давало эффекта, больным предлагалось срочное оперативное вмешательство. Мы считаем, что наличие сопутствующих заболеваний и общее тяжелое состояние у больных в возрасте 60 лет и старше служат не столько противопоказанием к оперативному вмешательству, сколько лишним показанием к нему, так как при достаточно выраженной клинической картине промедление с операцией лишь неоправданно увеличивает операционный риск. В то же время, если вопрос о выборе характера оперативного вмешательства при остром холецистите у лиц моложе 60 лет можно считать решенным, то этого нельзя сказать о больных старше этого возраста. Распределение наших больных по характеру оперативного вмешательства и после-

Вид операций и послеоперационная летальность

Операции \ Возраст	60—69 лет	70—79 лет	80—89	90	Итого
Холецистэктомия	34/4	4/0	—	—	38/4
Холецистостомия	4/1	18/0	2/0	—	24/1
Вскрытие и дренирование гнойни- ков брюшной полости	3/1	—	—	1/1	4/2

операционная летальность приведены в таблице, где числитель — количество больных, а знаменатель — количество умерших.

4 больных последней группы в силу крайне тяжелого общего состояния, обусловленного запущенностью воспалительного процесса, оперированы по жизненным показаниям. Двое из них погибли от нарастающей гнойной интоксикации.

Радикальная операция — холецистэктомия произведена 38 больным. 4 из них погибли в ближайшем послеоперационном периоде. У 2 больных причиной смерти послужила прогрессирующая гепатаргия, двое погибли от сердечно-сосудистой недостаточности. Следует отметить, что даже у тех больных этой группы, которые выздоровели после операции, послеоперационный период протекал тяжело, и они длительное время нуждались в самом пристальном внимании и энергичной консервативной терапии. Это обстоятельство привело нас к заключению, что сама по себе холецистэктомия для больных в возрасте 60 лет и старше слишком тяжела, а нередко и непереносима. Поэтому мы полагаем, что у таких больных более целесообразны сохраняющие оперативные вмешательства, которые дают возможность успешно ликвидировать угрожающей жизни больного острый воспалительный процесс. Именно такой операцией и является, по нашему мнению, холецистостомия.

Холецистостомия была произведена 24 больным. В послеоперационном периоде мы потеряли только одну больную от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Из 20 больных в возрасте старше 70 лет все живы.

Мы позволим себе остановиться на некоторых технических аспектах этой операции.

Мы не сторонники применения наркоза у всех больных этой категории. У многих больных в этом возрасте сердечно-сосудистая и легочная системы скомпенсированы как бы только для внутренних нужд и находятся на пределе компенсации. Применение у таких больных эндотрахеального наркоза может явиться дополнительной травмой, приводящей их в состояние декомпенсации. Поэтому выбор метода обезболивания должен проводиться строго индивидуально, и у ряда больных более предпочтительной может оказаться местная анестезия. 19 больным холецистостомия была произведена под поверхностным эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с применением мышечных релаксантов, 5 больных оперированы под местной инфильтрационной анестезией.

Перед операцией больным, как правило, вводились сердечные средства, глюкоза с инсулином, при необходимости назначалось предварительное парентеральное введение жидкостей.

Само оперативное вмешательство заключалось прежде всего в тщательной ревизии желчных путей и особенно общего желчного протока. Только после этого вскрывался желчный пузырь, удалялись камни и пузырь дренировался при помощи резиновой трубки, которая выводилась через отдельный разрез. Благодаря этой последней детали рана заживала, как правило, первичным натяжением. В брюшную полость вводились антибиотики. В отдельных случаях приходилось прибегать к тампонаде или дополнительному дренированию брюшной полости. Длительность операции, как правило, не превышала 30—40 минут, что имеет не последнее значение для этой категории больных.

В послеоперационном периоде мы обращали особое внимание на состояние сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Регулярно вводились сердечные средства, давался кислород. С целью профилактики пневмонии с больными проводилась дыхательная гимнастика, назначались сульфамидные препараты. Проводился строгий ежедневный контроль за свертывающей системой крови и при необходимости принимались меры по профилактике тромбозомножественных осложнений.

Обычно послеоперационный период протекал благоприятно. Быстро прекращались боли, снижалась температура, улучшалось общее состояние больных. Дренаж мы удаляли к 12—14 дню, когда отделение желчи по нему почти прекращалось. У 22 больных к моменту выписки свищи полностью зажили, одна больная выписана с заживающим свищем.

Таким образом, холецистостомия оказалась спасительной даже для тех больных, у которых воспалительный процесс вышел за пределы желчного пузыря.

Отдаленные результаты холецистостомии прослежены нами у 22 больных в сроки от 3 месяцев до 7 лет после операции. Только одну больную продолжает беспокоить периодически открывающийся свищ с небольшим гнойным отделяемым. Одна больная была в последующем оперирована по поводу послеоперационной грыжи. 16 больных чувствуют себя хорошо, диеты не соблюдают, 4 больных вынуждены соблюдать диету. В противном случае их беспокоят тупые боли в правом подреберье. Ни у одного больного приступы острого холецистита не повторялись.

ВЫВОДЫ

1. Больные острым холециститом в возрасте 60 лет и старше представляют собой особую категорию, которая требует осторожного подхода как в диагностике, так и в выборе лечебной тактики, обезболивания, объема операции и ведения послеоперационного периода.

2. Операция холецистостомии спасительна для больных острым холециститом в этом возрасте, так как быстро ликвидирует воспалительный процесс. Кроме того, в ряде случаев она на многие годы избавляет больных от рецидивов заболевания.

3. Холецистэктомия в этом возрасте дает высокую послеоперационную летальность и может производиться лишь у отдельных больных при достаточно хорошем общем состоянии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринберг Я. И. Хирургия. 1962, 3. — 2. Караванов Г. Г. и Спектор Ф. А. Нов. хир. арх. 1959, 3. — 3. Королев Б. А. и Пиковский Д. Л. Хирургия, 1961, 7. — 4. Масумов С. А., Хромов Б. М. и Виноградова Л. П. Тр. 6-го плен. правл. Всесоюз. о-ва хирургов. Медгиз, Л., 1957. — 5. Петров Б. А. Хирургия, 1955, 5.

Поступила 7 апреля 1964 г.

УДК 616.411—006.32

К ДИАГНОСТИКЕ ЦЕРАЗИНОВОГО РЕТИКУЛО-ЭНДОТЕЛИОЗА (БОЛЕЗНИ ГОШЕ)

С. Л. Лузкова, Л. Н. Комарова, Ф. Л. Салимон

Госпитальная терапевтическая клиника (зав. — действительный член АМН СССР проф. А. Л. Мясников) 1 МОЛМИ имени И. М. Сеченова

В 1882 г. Гоше впервые описал заболевание под названием изолированной эпителиомы селезенки. В дальнейшем было доказано, что это не эпителиома и не болезнь селезенки, а нарушение липоидного обмена. В результате такого нарушения клетки ретикуло-эндотелия (селезенки, костного мозга, печени, в меньшей степени — лимфоузлов) поглощают продукт патологического липоидного обмена — церазин и превращаются в клетки Гоше. Второе название болезни — церазинный ретикуло-эндотелиоз. Р. Д. Штерн считает его ретикулезом накопления. Этиология болезни неизвестна. Заболевание довольно редкое (в отечественной литературе описано 50 больных), часто носит семейный характер (в 34% по Пику) и отличается длительным «ультра-хроническим» течением (более 20 лет). Болеют чаще женщины (75% по Пику). Заболевание начинается в основном в раннем детском возрасте.

Основным симптомом болезни является спленомегалия. Селезенка может достигать громадных размеров (до 9 кг и более), болезненная, плотная, иногда бугристая (два наблюдения Б. Н. Дубинской и А. М. Мельниковой-Разведенковой). Боли в левой половине живота возникают от растяжения *ligamenti suspensorii*, периспленита или инфаркта селезенки.

Печень при болезни Гоше также увеличивается, но позже селезенки, и достигает иногда значительных размеров (до 4—4,8 кг). Желтуха и асцит наблюдаются редко (В. Н. Акимов, М. А. Бутин).

Лимфатические узлы редко бывают увеличены, несмотря на развитие в них также церазинных клеток.