

## ВЫВОДЫ

1. Электрогастрографические исследования позволяют считать, что для кардиоспазма характерно угнетение моторной деятельности желудка (снижение величин основных ЭГГ-показателей при умеренной деформации и равномерном распределении зубцов), а в далеко зашедших стадиях — и нарушение ее (резкая деформация, неравномерное распределение и выпадение зубцов).

2. Угнетение и нарушение моторной функции желудка при кардиоспазме возрастают прямо пропорционально длительности задержки содержимого в пищеводе и прогрессированию стадии заболевания.

3. После ликвидации непроходимости кардии моторная функция желудка постепенно восстанавливается. Способ операции при условии сохранения блуждающих нервов не оказывает влияния на процесс восстановления моторики желудка.

4. Поддиафрагмальная ваготомия приводит к резким нарушениям двигательной функции желудка и препятствует ее восстановлению.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ванцян Э. Н., Тошаков Р. А. и Файнберг К. А. Хирургия, 1965, 9. — 2. Венчиков А. И. Биоэлектрические потенциалы желудка. Медгиз, М., 1954. — 3. Собакин М. А., Мишин Л. Н. В сб.: Материалы по обмену опытом и научными достижениями. М., 1958, № 2. — 4. Собакин М. А. В кн.: Вопросы физиологии и патологии пищеварения. Медгиз, М., 1958.

УДК 616.366—002—612.67

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*С. С. Халетова*

*Республиканская больница Марийской АССР  
Научный руководитель — Д. В. Швеи*

Мы изучали особенности течения холецистита у лиц пожилого и старческого возраста.

За 5 лет (1961—1965) в терапевтическом и хирургическом отделениях Республиканской больницы находилось на лечении 926 больных с холециститом, из них в возрасте 50 лет и старше — 438 (350 женщин и 88 мужчин). Острым холециститом болели 125 чел., калькулезным — 113 (98 женщин и 15 мужчин).

У одних больных пожилого возраста периодически были боли типа желчной колики, у других — тупые боли в правом подреберье. У всех наблюдались симптомы желчной диспепсии: тошнота, отрыжка, запоры или поносы, метеоризм, в ряде случаев — плохой аппетит. У 303 больных была секреторная недостаточность желудка, в том числе у 139 полная ахилия. Из 125 больных острым холециститом у 11 не было высокой температуры при наличии всех других его симптомов.

У 21 из 438 больных была стенокардия (4,7%), а у нескольких — инфаркт миокарда, причем чаще задней стенки.

В пожилом и старческом возрасте при заболеваниях желчного пузыря часто отмечается нарушение функции поджелудочной железы, что находит свое объяснение в тесной их анатомо-физиологической связи. С увеличением давности заболевания хроническим холециститом возрастает число больных, у которых выявляются патологические нарушения в деятельности поджелудочной железы. Так, изменения со стороны поджелудочной железы мы отмечали у тех больных, которые болели холециститом около 8—10 лет.

Заболевание поджелудочной железы осложняет течение холецистита. Поэтому необходимо своевременное выявление и лечение этого сопутствующего заболевания.

У 102 больных было увеличение печени и болезненность ее, у одних при этом наблюдалось желтушное окрашивание склер, а у других — и кожи, у некоторых — увеличение содержания билирубина в сыворотке крови. У 5 больных была эмпиема желчного пузыря. Двум из них удалили желчный пузырь. У 6 больных был гнойный желчный перитонит.

Все больные в этом возрасте с подобным заболеванием нуждаются в госпитализации. Лечение должно быть индивидуальным и комплексным.