

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Г. М. Николаев и В. А. Кузнецов

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

За последние годы отечественные исследователи отмечают значительное учащение заболеваний острым холециститом, что можно объяснить увеличением длительности жизни населения, а также изменением режима и вида питания. Так, по нашим данным, до 1960 г. больные острым холециститом составляли 2—2,5% от общего числа поступивших в отделение неотложной хирургии, а в 1963—1965 гг. этот процент возрос до 9,53.

За 1963—1965 гг. под нашим наблюдением находилось 282 больных острым холециститом, из них в возрасте до 20 лет было 18, от 21 до 40 лет — 81, от 41 до 60 лет — 96, от 61 до 70 лет — 48 и старше 70 лет — 39.

Оперировано 147 (52,13%) больных, в том числе в возрасте до 60 лет — 91 (46,6%), старше 60 лет — 56 (64,3%). Высокий процент оперированных среди пожилых объясняется преобладанием деструктивных форм острого холецистита у этой группы больных. Поступали они на поздних сроках от начала заболевания с наличием тех или иных осложнений основного процесса (перитонит, холангит, обтурационная желтуха).

Холецистэктомии подверглись 132 больных, холецистостомии — 3. У 12 больных острый холецистит протекал с явлениями холангита и механической желтухи, у них холецистэктомия сочеталась с дренированием общего желчного протока.

На различных сроках после операции умер 21 больной, в том числе в возрасте до 60 лет — 5 и старше — 16. Таким образом послеоперационная летальность среди больных пожилого и старческого возраста оказалась сравнительно высокой.

Острый холецистит у людей пожилого возраста протекал тяжело, с глубокими деструктивными процессами (у 31 из 56 оперированных) и, что самое важное, с тяжелейшими осложнениями на фоне кажущегося клинического благополучия при незначительных сдвигах в формуле белой крови. Тяжесть патоморфологических нарушений можно отчасти объяснить возрастными изменениями тканей, склонностью к тромбированию сосудов, а также большей невосприимчивостью к антибиотикам, что особенно часто регистрируется в последние годы. Кроме того, именно у лиц преклонного возраста после нескольких перенесенных в прошлом приступов оказывается вовлеченной в процесс поджелудочная железа, что, несомненно, отягощает клинику заболевания. Так, из 24 больных острым холецистопанкреатитом, не вошедших в анализируемый материал, 18 были в возрасте старше 60 лет. Сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистая недостаточность, эмфизема легких и др.) углубляли, утяжеляли, а в ряде случаев нивелировали течение острого холецистита.

Из 16 погибших больных пожилого возраста у 10 причину смерти можно было связать с поздней госпитализацией, у 4 — с неправильной тактикой выполнения операции и у 2 — с неправильным ведением послеоперационного периода.

Больные 1 группы поступали в крайне тяжелом состоянии на 2—5 сутки от начала острого приступа. Причиной смерти у 6 больных был перитонит, развившийся в результате гангрены и перфорации желчного пузыря. Протекал он нетипично, ареактивно, что явилось причиной несвоевременной диагностики до поступления в клинику. На аутопсии выявлены резкие дистрофические изменения в паренхиматозных органах, в первую очередь в печени, почках, в сердечной мышце и надпочечниках. Причиной смерти 4 больных, оперированных по поводу острого холецистита, осложненного обтурацией общего желчного протока, был холангит с явлениями нарастающей печеночной (у 3) и печеночно-почечной недостаточности (у 1).

Трем больным престарелого возраста с сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью операции выполнялись радикально и с определенным риском. У этих больных целесообразнее было ограничиться более щадящей операцией — холецистостомией, хотя многие хирурги к этой операции относятся сдержанно.

У 1 больной был удален желчный пузырь без достаточной ревизии общего желчного протока, а последний был непроходим.

У больной X., 73 лет, после холецистэктомии и дренирования общего желчного протока дренажная трубка была удалена преждевременно (на 5-й день после операции) и «сифон-дренаж» не был использован как «сифон-манометр». В брюшную полость излилось большое количество желчи, что усугубило явления перитонита.

В другом случае после дренирования внепеченочных протоков хирург ограничился введением в брюшную полость антибиотиков через хлорвиниловую трубку, не прибегая к марлевому дренажу. На наш взгляд, необходимо было широкое дренирование брюшной полости и, в целях лучшего отграничения патологического очага, предпочтительно с мазью Вишневского.

О применении холангиографии на операционном столе обычно пишут без учета возможных осложнений. Нами выполнено 105 исследований. Хирурги знают все трудности определения на операции камней в протоках. В известной степени уверенность в наличии конкремента подкрепляется клинической картиной заболевания с имеющейся или имевшейся до операции желтухой. Но далеко не всегда при наличии камней в общем желчном протоке развивается желтуха, так же как она может явиться результатом не только обтурации протока камнем. В этих случаях холангиография на операционном столе безусловно показана. Отстаивая этот метод, мы хотим подчеркнуть, что в характерных, типичных случаях, когда камень легко прощупывается в общем желчном протоке, применение холангиографии у лиц пожилого возраста излишне.

19 из 23 наших больных, у которых в послеоперационном периоде наблюдались явления холангита, была произведена холангиография. Выполняли ее концентрированными растворами рентгеноконтрастных веществ (50—70% раствор диодона или кардиотраста). Проводя исследование 20—25% растворами этих препаратов при последующих операциях (36 холангиографий), мы не зарегистрировали ни одного случая холангита. По-видимому, следует положительно оценить применяемое нами в последнее время обязательное промывание желчных протоков 0,25% раствором новокаина как заключительный этап холангиографии.

При лечении больных с воспалительными процессами брюшной полости в нашей клинике широко применяется блокада чревных нервов и пограничных симпатических стволов (заплевральная новокаиновая блокада). Как показали специальные клинико-экспериментальные исследования [2, 3], она обладает мощным противошоковым действием, восстанавливает тонус сфинктера Одди, вызывает желаемые сдвиги в нервную систему по регуляции иммуно-биологических процессов, снижает интоксикацию организма, улучшает кровообращение в очаге воспаления. Она была осуществлена у 52 наших больных, после чего у 48 наступило разрешение острого приступа, а 4 через 4—8 час. были оперированы по поводу флегмонозной формы холецистита. Этот вид блокады оказывает хороший эффект в незапущенных случаях, когда после начала острого приступа прошло не более 12 часов. Отсутствие клинического улучшения через 4—6 час. после нее свидетельствует о наличии глубоких воспалительно-деструктивных изменений и диктует необходимость экстренной операции. В этом отношении блокада имеет определенное дифференциально-диагностическое значение. Выполнение ее перед операцией, если таковая понадобится, оказывает дополнительное целебное действие. Мы считаем целесообразным применение заплевральной новокаиновой блокады и в послеоперационном периоде у больных с явлениями печеночной недостаточности. В рассматриваемом материале таких больных было 9. Мероприятия, обычно применяемые в подобных случаях (внутривенное введение глюкозы, витаминов группы В, С, К, камполона), не дали желаемого результата. Назначение в общем комплексе медикаментозных средств, заплевральной новокаиновой блокады, гидрокортизона (100 мг в день с последующей нисходящей дозировкой) и холин-хлорида (10—20 мл 1% раствора внутривенно капельно) оказало хороший лечебный эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. Медгиз, М., 1963.
2. Мосин В. В. Результаты клинико-экспериментальных исследований по применению надплевральной новокаиновой блокады чревных нервов и пограничных симпатических стволов. Автореф. докт. дисс., Казань, 1957.
3. Николаев Г. М. К вопросу этиологии и лечения острого панкреатита по данным экспериментальных исследований и клинических наблюдений. Автореф. докт. дисс. Казань, 1962.
4. Норенберг-Чарквиани А. Е. Хирургия, 1955, 5.
5. Петров Б. А. Хирургия, 1956, 11.
6. Стручков В. И. Хирургия, 1956, 11.
7. Голицыны З. А. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1965, 11.

УДК 616.366—002—612.67—616—089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

М. М. Карнов

Ленинградский научно-исследовательский институт скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе (директор — проф. Г. Д. Шушков)

В последние годы появилось значительное число сообщений о хирургическом лечении острого холецистита у людей пожилого и преклонного возраста [3—5, 10, 12]. Бессторонне освещая особенности клиники и указывая на высокую послеоперацион-