

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.

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 нервной системе 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. Гоппашивили 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-

ную летальность у этой категории больных, авторы не касаются сведений об отдаленных результатах операций.

Нами изучены отдаленные результаты (от 2 до 14 лет) операций по поводу острого холецистита у 401 чел. В возрасте до 50 лет были оперированы 125 больных, от 50 до 60 лет — 140 и старше — 136.

Стойкое выздоровление у оперированных в возрасте до 50 лет наступило только в 72%, а у лиц старше 60 лет — в 86%. С повышением возраста больных к моменту операции отмечается не только увеличение процента полных выздоровлений, но и снижение процента плохих отдаленных результатов.

Наиболее благоприятные результаты получены у 136 больных, оперированных в возрасте 60 лет и старше. К моменту изучения отдаленных результатов многие в этой группе были в возрасте 80 лет и старше. У них были произведены следующие оперативные вмешательства: холецистэктомия — у 116, холецистэктомия и холедохотомия — у 9, холецистостомия — у 8, холецистотомия — у 1, резекция пузыря — у 1, холедоходуоденостомия — у 1. Основной операцией была холецистэктомия, дополненная в 9 случаях холедохотомией с наружным дренированием общего желчного протока. Холецистостомия была применена при катаральном холецистите у 2, при флегмонозном — у 3, при гангренозном и перфоративном — у 3 больных. Холецистотомия с удалением камня из пузыря и холедоходуоденостомия произведены при катаральном, а частичное иссечение пузыря с удалением камня из него — при флегмонозном воспалении желчного пузыря.

Чем же обусловлены более благоприятные отдаленные результаты у людей, оперированных в возрасте 60 лет и старше? Во-первых, у этих больных чаще наблюдались флегмонозно-некротические и гангренозные холециститы (в 48,5%), в то время как у больных моложе 60 лет эти две формы составили только 37,3%. Отдаленные результаты операций при указанных формах воспаления желчного пузыря значительно лучше, чем при других формах. Во-вторых, 42% больных пожилого возраста были первично заболевании желчного пузыря подверглись оперативным вмешательствам только в 28,3% наблюдений. Известно, что операции, произведенные при первом приступе острого холецистита, обеспечивают весьма высокий процент стойких выздоровлений [1, 6—8, 11]. Высокий процент хороших (89,5) и низкий процент плохих (3) отдаленных результатов у оперированных при первом приступе получен и в наших исследованиях. В третьих, немаловажное значение имели сроки операций: 59,5% больных в возрасте старше 60 лет были оперированы в течение первых трех суток от начала острого приступа заболевания, а больные моложе 60 лет в указанные сроки подверглись операции только в 46,6% наблюдений. По нашим данным у оперированных в первые три дня от начала заболевания получены хорошие отдаленные результаты в 83,4%, удовлетворительные — в 11,2%, плохие — в 5,4%, а при более поздних вмешательствах соответственно в 75,5; 16,3 и 8,2%. Следует отметить, что при операциях, произведенных в течение первых 48 часов от начала заболевания, получены несколько лучшие отдаленные результаты, чем у оперированных на 3-и сутки заболевания.

Тремя отмеченными факторами в основном и объясняются лучшие отдаленные результаты операций по поводу острого холецистита у лиц пожилого возраста.

Предпочтительными следует считать оперативные вмешательства в ранние сроки — до наступления осложнений, а именно при первом приступе и в течение первых 2—3 суток от начала заболевания острым холециститом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдей Л. В. Клиника и хирургическое лечение холецистита. Минск, 1963. — 2. Антоненков Г. М. Хирургия, 1965, 1. — 3. Бусалов А. А. и Редько С. М.; Буторина И. В.; Гусакова Ф. Н.; Петров П. Н.; Попов Е. Н. Тез. и докл. Всесоюз. научн. сессии, посвященной семидесятилетию С. С. Юдина. М., 1961. — 4. Веселов В. С. Сов. мед. 1965, 1. — 5. Иоселиани Г. Д. и Дамения Л. Е. Вестн. хир., 1966, 7. — 6. Караванов Г. Г., Валигура Я. С. и Фильц О. В. Нов. хир. арх., 1961, 8. — 7. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. Медгиз, М., 1963. — 8. Очкин А. Д. Желчекаменная болезнь, выводящей системы. Медгиз, М., 1949. — 9. Петров Б. А. Хи-холецистит и их хирургическое лечение. Медгиз, М., 1955. — 10. Поповьян И. М., Крапивин Б. В., Франкфурт Л. А. Казанский мед. ж., 1965, 1. — 11. Семякин И. К. Хирургия. 1963, 10. — 12. Шабанов А. Н. Хирургия, 1965, 1. — 13. Шабанов А. Н., Касаткина Т. Н., Николаев А. В., Оранский В. Л. Хирургия, 1966, 6.