

количеством слабого раствора антибиотиков с последующим дренированием сальниковой сумки и флангов брюшной полости. В дальнейшем осуществляли интенсивную консервативную терапию с применением ингибиторов, кортикостероидов, сердечных средств и вливаний большого количества жидкостей и плазмы. Однако даже при проведении всех обширных мер спасти удалось только 4 из 10 оперированных.

Ввиду возрастающего объема операций на желчных путях и желудке и связанного с этим увеличения количества острых послеоперационных панкреатитов ранняя диагностика и энергичная терапия этого осложнения приобретают большое значение, так как позволяют спасти часть больных, которые считаются в большинстве случаев безнадежными.

УДК 616.36—615.849—616—07

О РОЛИ СКЕННИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Канд. мед. наук А. М. Дадашьян

Кафедра факультетской терапии (зав.—проф. Я. А. Макаревич) Астраханского медицинского института

Скенирование имеет большое значение для диагностики различных локальных и диффузных заболеваний печени. В последнее время появился ряд работ, свидетельствующих о большой ценности симптома «скенирующей селезенки». По данным ряда исследователей [1—3], чем ярче выражены паренхиматозные и сосудистые изменения в печени, тем чаще на скеннограммах появляется изображение селезенки.

Нами обследовано 49 больных: 10 с хроническим гепатитом и 39 с циррозом печени (13 с постнекротическим и 26 с портальным, причем у 5 цирроз развился на фоне поздней порфириновой болезни).

Во всех случаях диагноз был поставлен на основании клинко-лабораторных исследований, у большей части больных он подтверждался пункционной биопсией печени. Части больных производили лапароскопию, спленопортографию со спленоманометрией.

На скеннограммах 14 больных портальным циррозом печени отмечалось уменьшение размеров печени и одновременно скенировалась большая селезенка. Чем ярче были выражены в данной группе больных явления гиперспленизма, гепатоцеллюлярной и васкулярной недостаточности, портальной гипертензии, тем больших размеров была селезенка и плотнее характер штриховки, что свидетельствует о значительном поглощении ретикуло-эндотелием селезенки радиоактивного золота Au¹⁹⁸. У 12 больных портальным циррозом печени с активностью I степени, без выраженных явлений гиперспленизма и портальной гипертензии, на скеннограммах печень была нормальных или слегка увеличенных размеров, чаще с неравномерным распределением Au¹⁹⁸. Селезенка в данной группе больных ни разу не выявлялась.

У больных с постнекротическим циррозом печени на скеннограммах было получено диффузное, неравномерное распределение препарата в печени и увеличение селезенки с умеренным накоплением в ней радиоактивного золота. Эта была группа больных I—II степени активности с умеренными явлениями гиперспленизма и портальной гипертензии.

У больных хроническим гепатитом по скеннограммам ни разу не было отмечено накопления Au¹⁹⁸ в селезенке. Полученные данные подтверждают высказывания А. С. Логинова и соавт., что механизм

накопления Au^{198} в селезенке сложный: помимо портальной гипертензии и коллатерального кровотока, немаловажную роль играет гиперфункция ретикуло-эндотелия селезенки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурасулов Д. М. и Муратходжаев Н. К. Радионуклидное скенирование. Ташкент, 1968.—2. Логинов А. К., Петрова О. П., Матвеева Л. С. Клин. мед., 1968, 10.—3. Макаревич Я. А., Дадашьян А. М., Романенко Е. И., Подобедов Г. М. Конф. по актуальн. пробл. гастроэнтерологии. Душанбе, 1969.

УДК 616.366—089.85

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Академик АМН СССР Б. А. Королев, Г. Н. Смирнов, В. А. Гагушин

*Клиника госпитальной хирургии (зав. — действ. чл. АМН СССР проф. Б. А. Королев)
лечебного факультета Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова*

Возрастной барьер в современной хирургии, особенно абдоминальной, является основным препятствием к улучшению результатов оперативного лечения. В клинике госпитальной хирургии Горьковского медицинского института за 10 лет (1960—1969) произведено 17 442 оперативных вмешательств, причем общая летальность составила 4,2%, в том числе 1160 операций выполнено на желчных путях с общей летальностью 5,1%. Летальность в группе больных холециститом старше 60 лет составляет 11,9% (из 479 умерло 57) и уступает только смертности при злокачественных новообразованиях. Высокую летальность отмечают также и другие авторы [5, 6, 7].

Анализ летальных исходов заслуживает внимания еще и потому, что мнения о ведущих причинах летальности разноречивы. Б. А. Петров и Э. И. Гальперин (1971) главной причиной летальных исходов считают холангит. И. В. Кузьмин (1968) указывает, что чаще всего больные холециститом умирают от тромбоэмболических осложнений. М. М. Коваль (1968) пришел к выводу о преобладании перитонита среди других причин летальности у больных острым холециститом.

В данной работе анализируются причины летальности от желчнокаменной болезни у 57 больных в возрасте от 60 до 93 лет. Оперированы и умерли в послеоперационном периоде 46 больных, 11 не оперированы, из них 3 — ввиду отказа больных и родственников от операции и 8 — из-за крайней тяжести больных. Наибольшее количество летальных исходов наблюдалось после повторных операций. 46 оперированным больным произведено в общей сложности 72 операции. Большинство умерших страдало осложненными формами желчнокаменной болезни. Камни в общем желчном протоке были у 11, у 23 был флегмонозный или гангренозный холецистит, из них у 10 — осложненный желчным перитонитом.

Кроме тяжелых изменений в печени и внепеченочных желчных путях у большинства больных были тяжелые сопутствующие заболевания: у 9 — сахарный диабет средней или тяжелой формы, у 14 — сердечно-сосудистая недостаточность II—III степени, у 2 — тромбоэмболическая болезнь.

Прогрессирующий воспалительный процесс во внепеченочных желчных путях на фоне сопутствующих заболеваний явился причиной