

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

многочисленных осложнений в послеоперационном периоде. Печеночно-почечная недостаточность в послеоперационном периоде возникла у 19 больных, сердечно-сосудистая — у 12, отек легких — у 4, инфаркт миокарда — у 3, пневмония — у 11, недостаточность швов анастомоза и эвентрация — у 6, абсцесс брюшной полости и ограниченный перитонит — у 8.

Одной из важнейших проблем в хирургии пожилого возраста является ранняя госпитализация больных. Пациент пожилого возраста испытывает мучительные колебания, прежде чем он решится прибегнуть к медицинской помощи, особенно хирургической. Требуется иногда много времени и терпения, чтобы рассеять страх и нерешительность пациента. В первые сутки с начала заболевания поступило только 10 больных, в то время как после 5 суток — 19. У 26 оперированных больных предоперационная подготовка не превышала 2—3 часов.

У 51 больного операция проведена под общим наркозом, у 6 под местной анестезией, из них у 4 — по поводу холецистостомии. Надо присоединиться к мнению К. Т. Овнатяна и соавт. (1970), М. И. Коломийченко (1968) и др. о преимуществах общего наркоза. Расчет на малую токсичность местной анестезии и рекомендации по ее применению у больных пожилого возраста не оправданы. Эндотрахеальный наркоз, кроме удобств оперирования, является также важным компонентом в реанимационных мероприятиях и способствует профилактике осложнений.

Сроки смерти после операции зависели от вида возникшего осложнения. На операционном столе погибло 2 больных, оба от инфаркта, 7 больных умерли в 1-е сутки после операции, главным образом от тромбоэмболических осложнений. У остальных летальный исход наступил в сроки от 2 до 15 суток.

Несмотря на многочисленные сопутствующие заболевания и возрастные изменения, все же главной причиной, вызвавшей осложнения и декомпенсацию со стороны других органов и систем, явились выраженные деструктивные изменения со стороны внепеченочных желчных путей. У 36 больных был флегмонозный и гангренозный холецистит на почве холелитиаза, у 5 — перфорация стенки пузыря с развитием перитонита. Камни в общем желчном протоке (по результатам аутопсии и операции) найдены у 12 больных. Причиной летальных исходов чаще всего служили осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы: острая сердечно-сосудистая недостаточность (у 18 больных), тромбоз мозговых сосудов (у 4), инфаркт миокарда (у 3), эмболия легочной артерии (у 1).

Печеночно-почечная недостаточность наблюдалась у 16 больных, преимущественно после повторных оперативных вмешательств. Перитонит явился причиной смерти у 11 больных.

Таким образом, наши данные подтверждают выводы И. В. Кузьмина (1968) и Лоста (1969) о преобладании тромбоэмболических и сердечно-сосудистых осложнений среди причин летальности больных желчнокаменной болезнью в пожилом возрасте. Что касается результатов, полученных А. Т. Лидским (1963) и Гессом (1961) о наибольшей частоте перитонита среди других причин летальности, то имеют значение также тактические установки авторов. Сторонники проведения консервативной тактики в лечении острого холецистита и в настоящее время отмечают перитонит как главную причину летальных исходов [4, 8 и др.].

## ВЫВОДЫ

1. Повторные операции и операции при осложненном холецистите представляют наибольшую опасность для пожилых больных.

2. Требуется дальнейшие организационные усилия для более ранней госпитализации больных пожилого возраста с острым и хроническим холециститом.

3. Причины летальных исходов у пожилых больных в определенной степени зависят и от тактики лечебного учреждения в отношении острого холецистита. При условии ранней операции главную опасность представляют осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев М. Н., Шевченко В. С. В кн.: Хирургия желчевыводящих путей. Киев, 1968.—2. Кузьмин И. В. Хирургия, 1968, 3.—3. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящих путей. Медгиз, М., 1963.—4. Остроумов З. Г. В кн.: Острый холецистит. Л., 1966.—5. Петров Б. А., Гальперин Э. И. Хирургия внепеченочных желчных протоков. Медицина, М., 1971.—6. Шабанов А. Н., Микиртумов С. М., Татевосян А. С. Хирургия, 1969, 8.—7. Шалимов А. М., Бруснигина М. П., Закашанский И. Б., Дробязко В. С., Решетняк К. К. В кн.: Хирургия желчевыводящих путей. Киев, 1970.—8. Хромов Б. М. Тез. докл. VI пленума правления хир. общества. Л., 1956.—9. Lauste L. W. Vingt-troisième Congress Societe Intern. Chirurgie. Buenos Aires, 1969, 206.—10. Hess W. Die Erkrankungen der Gallenwege und des Pankreas. Stuttgart, 1961.

УДК 616.36—002—036.92—616—071

## ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАТЯЖНЫХ ФОРМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

*В. С. Шмелева, В. Н. Безносова*

*Кафедра инфекционных болезней (зав. — проф. С. Н. Соринсон) Горьковского медицинского института, хирургическое отделение городской клинической больницы № 35 (главврач — А. А. Чернова)*

С 1963 по 1970 г. мы наблюдали 308 больных с затяжным течением вирусного гепатита, что составляет 10,10% общего количества взрослых больных, лечившихся в инфекционных стационарах г. Горького. Наибольшие диагностические трудности представляет холестатический вариант затяжного течения, встретившийся у 2,12% всех больных вирусным гепатитом и у 10,13% больных затяжной формой.

Приводим выписки из историй болезни 3 больных с затяжным течением вирусного гепатита с преобладанием симптомов внутрипеченочного холестаза, когда доступные методы исследования не дали оснований исключить опухолевый характер желтухи; потребовалась диагностическая лапаротомия, причина холестаза была установлена благодаря оперативному вмешательству.

Л., 34 лет, поступила на 12-й день болезни и 5-й день желтухи. Преджелтушный период сопровождался диспепсическими симптомами, зудом кожи, артралгиями. Желтушный период протекал с выраженной желтухой, ахалией, постоянным зудом кожи, субфебрилитетом, уртикарной сыпью, болями в суставах. Печень пальпировалась на 2 см ниже реберной дуги, прощупывался край селезенки. Симптомы общей интоксикации были слабо выражены и проявлялись в незначительной слабости и снижении аппетита. Билирубинемия держалась на уровне 10—14 мг% с преобладанием связанной фракции. Активность АсАТ и АлАТ — 216/288 ед., в последующем — 50/59 ед. Диспротеинемия с увеличением  $\beta$ - и  $\gamma$ -глобулинов. Щелочная фосфатаза — 24,1 ед. При пункционной биопсии обнаружена мелкокапельная жировая дистрофия печеночных клеток, наличие в печеночных клетках и желчных ходах большого количества желчных пигментов, пролиферация и разрастание соединительной ткани на периферии долек. Дуоденография патологии не выявила. Длительный холестаз, зуд, отсутствие эффекта от лечения (включая и преднизолон), повышение активности щелочной фосфатазы, умеренный лейкоцитоз и ускоренная РОЭ дали повод предположить высокую непроходимость желчных путей за счет рака печени.