

снижения активности ферментов после введения раствора НСl была выраженнее, чем у здоровых. У части исследованных в отличие от контроля отмечалось повышение активности ферментов в отдельных фракциях выше уровня в порции С дуоденального сока, в других — снижение до уровня в порции А и ниже.

Из 56 больных активность трипсина была понижена во всех порциях дуоденального содержимого у 36, амилазы — у 18 и липазы — у 16, диспанкреатизм был обнаружен у 13 (23%).

При ангиохолецистите из 35 больных снижение активности трипсина в порциях дуоденального содержимого было у 22, амилазы — у 14 и липазы — у 9, диспанкреатизм — у 8. Уменьшение объема, бикарбонатной щелочности, рН и активности панкреатических ферментов в порциях дуоденального сока свидетельствует о нарушении секреторной и ферментативной функций поджелудочной железы. Его степень и характер зависят от давности и тяжести заболевания. Так, из 56 больных холециститом выявлено снижение ферментативной активности дуоденального сока у 22 детей со сроком заболевания свыше 1 года, диспанкреатизм — у 9, при ангиохолецистите из 35 больных детей активность панкреатических ферментов оказалась сниженной у 15, диспанкреатизм установлен у 2.

В периоде клинического улучшения через 1 мес. от начала лечения показатели ферментативной активности, бикарбонатной щелочности и объем дуоденального сока у большинства (92%) больных холециститом, а при ангиохолецистите — у 100% остались ниже, чем у здоровых детей. Особенно стойким было снижение активности амилазы, уровень ее мало изменился по сравнению с показателями до лечения. По нашим данным, клиническое выздоровление больных холециститом не сопровождалось нормализацией функции поджелудочной железы.

Исследование функции поджелудочной железы у детей с хроническим холециститом и ангиохолециститом через 1 и 3 года диспансерного наблюдения выявило нормализацию показателей у многих больных. Если через 1 месяц лечения содержание панкреатических ферментов во всех порциях дуоденального сока было нормальным только у 8% детей, то через 1 год число детей с нормальной активностью ферментов увеличилось до 36%, а через 3 года — до 88%.

Через 3 года ни у одного из обследованных не отмечено одновременного нарушения 2 и 3 ферментов, частота диспанкреатизма уменьшилась с 23% до 6%. При исследовании через 3 года у больных констатирована нормализация показателей секреторной функции поджелудочной железы: объема, бикарбонатной щелочности и рН дуоденального сока.

Более замедленное восстановление внешнесекреторной функции поджелудочной железы происходило у больных ангиохолециститом: через 1 мес. лечения у всех больных детей в дуоденальном содержимом панкреатические ферменты оставались сниженными, через 1 год нормальная активность ферментов выявлена лишь у 9%, через 3 года — у 57%. Отсюда следует, что больные ангиохолециститом дети требуют более продолжительной терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бычкова М. А. Педиатрия, 1967, 5.— 2. Каминский Л. С. В кн.: Применение статистики в научной и практической работе врача. Л., 1949.— 3. Плотников Н. Г. Тез. научн. сесс. Крымского мед. ин-та, 1964.— 4. Шлыгин Г. К., Фомина Л. С., Павлова М. З. Вопр. мед. химии, 1963, 9, 2.

Поступила 19 февраля 1973 г.

УДК 616.366—089.85

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Проф Ю. И. Малышев, О. М. Горбунов

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Некоторые положения лечебной тактики при остром холецистите до сих пор остаются спорными. Поэтому мы подвергли анализу историю болезни 1327 пациентов, выпи-саных после консервативного лечения из трех крупных хирургических стационаров г. Куйбышева за период с 1957 по 1966 г. Отдаленные сведения в сроки от 3 до 13 лет получены о 716 пациентах, из них 44 за время наблюдения умерли: 5 от калькулезного холецистита, 3 от рака поджелудочной железы, 1 от сахарного диабета, 19 от сердечно-сосудистых заболеваний, 8 от злокачественных новообразований других органов, не связанных с желчевыделительной системой, и 5 от других заболеваний; у 3 больных причину смерти выяснить не удалось. Все умершие были старше 60 лет.

Из остальных 672 больных (101 мужчина и 571 женщина) осмотрено 400, стационарно обследовано 146, письменные ответы на анкеты прислали 126 чел. Отдаленные исходы оценивались нами по трехбалльной системе.

У 107 чел. консервативное лечение дало хорошие результаты. Они не предъявляли жалоб, считали себя здоровыми, работали. Большинство из них не соблюдало диеты. Объективное обследование желчевыводящей системы, в том числе и функционального состояния печени, не выявило какой-либо патологии.

У 176 пациентов констатированы удовлетворительные результаты. Они жаловались на периодически возникающие тупые боли в правом подреберье, особенно после погрешности в диете, отмечали различные диспепсические расстройства. При пальпации у некоторых из них установлена локальная болезненность в области желчного пузыря без увеличения печени.

Плохие результаты были у 389 чел. У всех этих больных возникали повторные приступы холецистита, по поводу которых неоднократно приходилось лечиться амбулаторно или стационарно, вызывать врача скорой помощи, постоянно соблюдать диету. При обследовании этой группы больных у 63 обнаружены явления гепатохолангита, у 46 — хронический панкреатит. У 19 пациентов приступы острого холецистита сопровождались выраженной желтухой. Оперативному вмешательству было подвергнуто 69 больных: 45 при очередном приступе и 24 в холодном периоде.

Следовательно, больше половины больных, выписанных после консервативного лечения, продолжали страдать от своего заболевания, а у многих из них оно привело к тяжелым осложнениям.

Анализ отдаленных результатов консервативного лечения показал, что они в большей степени зависят от длительности страдания. В группе больных с длительностью заболевания до 3 лет выздоровление наступило у 29,3%, признаки хронического болезненного процесса выявлены у 35,5% и 35,2% больных продолжали страдать от основного заболевания. При длительности заболевания свыше 3 лет результаты оценены как хорошие у 8 больных, как удовлетворительные — у 56 и плохие — у 270.

Отдаленные результаты зависят от количества перенесенных приступов холецистита. Если из 235 больных с первым приступом хорошие отдаленные результаты отмечены у 86 (36,6%), то из 51 пациента, лечившегося по поводу второго приступа, — лишь у 7 (13,7%), а из 95 больных, госпитализированных после 3—4 приступов, — только у 11 (11,6%). В то же время частота плохих отдаленных результатов с увеличением количества перенесенных приступов холецистита нарастает: при первичном приступе они зарегистрированы у 68 (28,9%) больных, при втором — у 21 (41,2%), при 3—4 — у 47 (49,5%), при 5—6 приступах — у 83 (79%).

Из 157 пациентов с легкой формой первичного холецистита хорошие отдаленные результаты установлены у 72, удовлетворительные — у 63, плохие — у 22, из 78 пациентов с тяжелой формой — соответственно у 14, 18 и 46. Естественно, что легкие формы вызывают менее глубокие патологоанатомические изменения в стенке желчного пузыря и, следовательно, чаще заканчиваются выздоровлением.

Если при легких формах вторично-острых холециститов хороший результат отмечен у 5,3% больных, удовлетворительный — у 22,3%, плохой — у 72,4%, то при тяжелых формах — соответственно у 4,5; 21,3 и 74,2%. Среди обследованных с вторично-острым холециститом количество больных с плохими результатами увеличивается, а форма воспаления существенного влияния на отдаленные исходы не оказывает.

Особенно большой процент плохих отдаленных результатов наблюдается у больных с калькулезным холециститом. Так, из 317 чел. хороший результат выявлен у 7,6%, удовлетворительный — у 12,3%, плохой — у 80,1%. Из 216 больных с повторными приступами калькулезного холецистита плохие отдаленные результаты зарегистрированы у 89,4%, удовлетворительные — у 7,4%, а хорошие — только у 3,2%.

При бескаменном холецистите консервативное лечение дало лучшие результаты: хорошие — у 23,4%, удовлетворительные — у 38,6% и плохие — у 38% больных.

Интересно сопоставить отдаленные результаты консервативного лечения и данные рентгенологического исследования желчного пузыря. Из 118 обследованных с нормально функционирующим желчным пузырем было 28 больных; хорошие отдаленные результаты выявлены у 13, удовлетворительные — у 8 и плохие — у 7. Из 65 пациентов с нарушенной функцией желчного пузыря выздоровели только 2, удовлетворительными результатами признаны у 21 и плохими — у 42. Камни в желчном пузыре при холецистографии обнаружены у 25 больных, из них удовлетворительные результаты констатированы только у 5, а у 20 продолжаются приступы холецистита.

На санаторно-курортном лечении за период наблюдения находилось 183 больных. Подавляющее большинство из них отмечало улучшение, но терапевтический эффект был нестойким. Хорошие результаты давали повторные курсы санаторно-курортного лечения, преимущественно у больных с бескаменным холециститом и в ближайшие сроки от начала страдания. У 74 больных, находившихся на санаторно-курортном лечении, был диагностирован калькулезный холецистит. Только 9 пациентов, да и то при обследовании в сроки до 1 года после санаторно-курортного лечения, считали себя здоровыми. Улучшение отмечено у 12, а 53 больных продолжали страдать от приступов холецистита. В связи с этим следует считать неэффективным лечение на курортах больных калькулезным холециститом. Санаторно-курортное лечение показано у лиц с бес-

каменным холециститом, особенно оно эффективно при недлительном анамнезе заболевания.

Хотя консервативная терапия у больных с плохими отдаленными результатами и купировала приступы холецистита, у большинства из них вскоре развились новые обострения. Так, у 46,9% пациентов обострение возникло в первые полгода, у 18,4% в сроки от 6 месяцев до 1 года и у 34,7% — через год и более после консервативного лечения.

Вследствие повторных приступов холецистита стационарное обследование и лечение потребовались 274 больным, а 115 нуждались в периодической врачебной помощи. 95 больным была предложена операция, но 26 от нее отказались. Длительность заболевания холециститом у них исчислялась сроками от 6 до 21 года. У этих лиц сложилось мнение о пользе консервативной терапии, так как она давала положительный эффект при обострении холецистита.

Приведенные данные свидетельствуют о неутешительных результатах консервативного лечения острого холецистита. Однако это, конечно, не значит, что от консервативного лечения следует отказаться. У подавляющего большинства больных под влиянием консервативной терапии воспалительные явления стихают, и вопрос о дальнейшей лечебной тактике должен решаться после полного клинического обследования. Если клиническое обследование устанавливает, что желчный пузырь функционирует и что в нем нет камней, консервативное лечение следует считать достаточно эффективным. Тактику длительного консервативного лечения больных с рецидивирующими калькулезным холециститом необходимо признать ошибочной.

Поступила 20 ноября 1972 г.

УДК 616.366—002:616—089.8

## ВЫБОР ДРЕНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Канд. мед. наук С. Я. Кнубовец, Ф. В. Новиков

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В. А. Кузнецов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Осложненные формы острого и хронического холецистита встречаются у 40—60% оперированных больных [1, 2]. Нами подвергнуты анализу истории болезни пациентов, прооперированных с 1960 по 1972 г. по поводу холецистита и его осложнений (741 чел.). Наши наблюдения показывают, что число больных с осложненным холециститом за последние годы увеличилось.

Мы использовали следующие методы операционной диагностики: холангиографию — у 472 чел., манометрию — у 304, дебитметрию — у 142, внеполостную трансиллюминацию — у 53, холедохоскопию — у 14, мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру — у 321. У 298 больных последовательно проводили манометрию и холангиографию, у 137 — манометрию, дебитметрию и холангиографию. При стертой клинической картине комплексное применение по показаниям перечисленных выше методов уточняет диагноз холедохолитиаза, стеноза фатерова сосочка, холангита, панкреатита и гепатита. Так, холедохолитиаз был выявлен у 28,3% больных, стеноз фатерова сосочка — у 27,6%, острый и хронический панкреатит — у 16,7%, различные формы холангита — у 25,2%, гепатит — у 15,8%. Согласно клинико-рентгеноманометрической характеристике стеноза фатерова сосочка [4], стеноз 1-й степени констатирован у 22,8% больных, 2-й — у 43,7% и 3-й — у 33,5%.

Холедохотомия произведена нами у 279 (37,7%) больных, у которых были различные сочетания осложненного течения холецистита. Так, холедохолитиаз отмечен у 209 чел., панкреатит — у 76, стеноз фатерова сосочка — у 169, холангит — у 146, гепатит — у 91.

Наружное отведение желчи в качестве единственного метода, заканчивающего вмешательство, произведено нами у 132 больных (17,8% всех оперированных и 47,3% оперированных на холедохе), преимущественно при установлении проходимости фатерова сосочка четырехмиллиметровым резиновым катетером и расширении холедоха до 15 мм после удаления одиночного камня или нескольких камней, а также у тяжело больных с острой обтурационной желтухой, холангиогепатитом, холецистопанкреатитом.

Применение дренажа после удаления множественных мелких камней, что было произведено у ряда больных, не может считаться лучшим завершением холедохотомии. Изменения фатерова сосочка после временной декомпрессии холедоха снова приводят к желчной гипертензии. Холедохотомия и последующая ревизия не исключают полностью просмотр камней и не всегда обеспечивают точное определение стадии и степени изменений фатерова сосочка. Поэтому показания к наружному дренированию, а также к операциям, создающим отток желчи и панкреатического сока в кишечник, должны быть строго очерчены и, как мы полагаем, не могут заменять друг друга.