

при инсульте в первые 4—6 дней с момента начала заболевания (80% из всех умерших от цереброваскулярной недостаточности!). Обсуждая вопросы госпитализации, автор настаивает на необходимости оказания ранней квалифицированной помощи и экстренной транспортировки больных в специализированные невропатологические или нейрохирургические отделения. Свои выводы он обосновывает наблюдениями над 1700 больными. В. В. Лебедев приводит ряд схем оказания медицинской помощи в зависимости от патогенеза инсульта (гипертоническая болезнь, кровоизлияние, тромбоз, черепно-мозговая травма и т. д.). В статье кратко описано оборудование специализированной машины скорой помощи.

Опыт лечения больных с острыми отравлениями в условиях скорой помощи изложен в работе В. Н. Дагаева и Е. А. Лужникова. Актуальность темы бесспорна и подтверждается данными, что всего за год было обслужено 900 больных в возрасте от 10 месяцев до 80 лет с острыми интоксикациями ядами более 100 наименований. Из них на медикаменты, бытовые химикаты, промышленные газы и яды в Москве пришлось 83,9%. Следует отметить оговорку авторов, что обслуживались специализированной бригадой только особо тяжелые случаи острых отравлений. Статья интересна не только описанием неотложной помощи при отравлениях барбитуратами, фосфорорганическими соединениями, но и расширением показаний для промываний желудка через зонд. В. Н. Дагаев и Е. А. Лужников считают, что практически, за исключением терминальных состояний, «...не существует противопоказаний для промываний желудка зондом». При коматозном состоянии промывания желудка проводились после предварительной интубации. Авторы неоднократно прибегали к реанимации по В. А. Неговскому в терминальных состояниях. Некоторым недостатком статьи является довольно отрицательное отношение В. Н. Дагаева и Е. А. Лужникова к немедленной антидотной терапии при ряде отравлений (стр. 89, 3-й абз. снизу). Из описания оборудования видно, что в качестве антидотов используются всего только семь препаратов, хотя в действительности количество противоядий больше четырех — пяти десятков.

Издательство «Медицина» выпустило в свет интересную и очень полезную книгу, и стоит только пожалеть, что тираж ее всего 3800 экз.

**В. Ф. Боговлянский**  
(Казань)

---

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

---

### ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

УДК 616.366—002

(Научная сессия Ленинградского научно-исследовательского института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе)  
19—22/1 1965 г.

Сессия началась с доклада директора института Г. Д. Шушкова, который указал на значительное увеличение за последние 10 лет больных острым холециститом. За это время в институте лечилось 2219 больных с этим заболеванием. Часто клинические симптомы при остром холецистите не соответствуют патолого-анатомическим изменениям в желчном пузыре. Ввиду того, что ранее применение антибиотиков при холециститах сглаживает клиническую картину заболевания, институт не рекомендует применение антибиотиков до оперативного вмешательства.

Институт считает показанным при острых холециститах срочное хирургическое вмешательство, особенно у лиц старше 60 лет, при обязательной ревизии желчных путей (пальпация, зондирование, манометрия, холангиография). Общая послеоперационная смертность — 8,8%. После оперативного лечения больные диспансеризируются в течение 2 лет.

А. Т. Лидский и Мищенко (Свердловск) доложили о клинике острых безкаменных холециститов. Они отметили особенности их течения: отсутствие колик, крайнюю редкость при них желтухи, более тяжелое течение вследствие частых осложнений острым панкреатитом (25,4%), перитонитом (15,6%), холангитом (1,9%), перфорацией желчного пузыря (8,9%).

Б. Н. Королев и Д. Л. Пиковский (Горький) посвятили свой доклад острым холециститам у мужчин. В их клинике в 1952—1963 гг. из 1003 больных острым холециститом мужчин было 120 (11%). Около трети больных были старше 60 лет. Авторы отмечают более тяжелое течение болезни у мужчин: смертность — 11,4% (у женщин — 5,2%), часты деструктивные формы, в 47% — осложнение панкреатитом.

Проф. И. М. Стельмашенок и А. И. Борис (Минск) также отметили увеличение больных с острым холециститом за последние 20 лет, что связывают с необоснованно широким применением антибиотиков. Это ведет к возникновению особо вирулентных штаммов стафилококков и кишечной палочки и сенсбилизации человека.

Ряд докладчиков отметил, что острое воспаление желчного пузыря вызывает значительные морфологические и функциональные изменения как в стенке желчного пузыря, так и в печени и нередко в поджелудочной железе.

В докладах, посвященных острому холециститу у лиц пожилого возраста, авторы указывали на большое число гангренозных и прободных форм острых холециститов у таких больных, редкость гепато-рениального синдрома, угнетение антитоксической и гликогенной функции печени, недостаточность надпочечников и вследствие этого — большую летальность. В связи с этим было рекомендовано широкое и раннее оперативное вмешательство. Лучшим методом признана одномоментная холецистэктомия.

В докладах, затрагивающих методику обезболивания, указывалось, что методом выбора является интратрахеальный наркоз эфиром или закисью азота с гипервентиляцией легких, и у лиц пожилого и старческого возраста — местная анестезия с анальгезией триленом.

Большинство авторов считает необходимой операцией в течение первых двух суток после начала острого холецистита, если острые явления не идут на убыль. Экстренная операция через несколько часов по поступлению проводится при наличии симптомов перитонита, холангита, желтухи, прободного холецистита.

Т. Д. Шушков (Ленинград), Л. Д. Василенко и В. М. Мельников (Ташкент) являются сторонниками активной хирургической тактики при остром холецистите, особенно у лиц пожилого возраста, оперируют в срочном порядке в любое время суток.

Все докладчики считают необходимым госпитализировать больных с острыми холециститами в хирургические отделения.

В. В. Виноградов и Э. В. Гришкевич (Москва) рекомендуют раннюю операцию как при остром, так и при хроническом холецистите.

П. Н. Напалков, сообщая об опыте 120 операций по поводу холедохолитиаза, подчеркнул, что эта операция в 3 раза опаснее холецистэктомии. Операции холедохотомии должна предшествовать и завершать ее проверка желчных протоков (зондирование желчных путей, холангиография и холангиоскопия). После операции холедохотомии применяется наружный и внутренний дренаж желчных путей (холедуоденостомия). Зашивание места рассечения общего желчного протока осуществляется только по строгим показаниям.

В. С. Савельев, В. М. Буянова и Т. П. Щербаков указывают, что сочетание камней желчного пузыря и холедохолитиаза встречается у 14,7% больных. При отсутствии холангита и при хорошей проходимости в области фатерова соска холедохотомия заканчивается наложением глухого шва на место рассечения желчного протока. А. М. Джавадян и С. Л. Ланде (Москва), Я. Л. Ульманис (Рига), А. М. Шаханова (Ленинград) рекомендуют, особенно при наличии холангита, внутренний дренаж (холедоходуоденостомию), относясь сдержанно к трансдуоденальной папиллотомии.

А. И. Нечай (Ленинград), анализируя 220 холедохотомий при камнях желчных протоков, сообщил, что в 38% применялся наружный дренаж желчных путей, в 30,5% — анастомозы общего желчного протока с двенадцатиперстной кишкой, в 22,9% — шов разреза желчного протока по строгим показаниям и в 8,6% — папиллотомия.

Ряд докладчиков поделился опытом повторных операций на желчных путях. Причиной, ведущими к повторным вмешательствам, являются чаще всего просмотренные камни протоков, стенозы и недостаточность фатерова соска, образование ложного пузыря из оставленной длинной культи пузырного протока, холецистостомия и др.

Все докладчики придают большое значение операционной холангиометрии, холангиографии и начинающей внедряться в практику холедохоскопии.

Доклады Г. Ф. Затван (Москва), С. Я. Кнубовца (Казань), Ю. Ф. Пауткина (Москва) и др. были посвящены вопросам методики исследования желчных путей на операционном столе. С. Я. Кнубовец (Казань) сообщил о методике эндоскопии желчных путей холедохоскопом собственной конструкции и подчеркнул необходимость комплексного исследования желчных протоков (холангиометрия, холангиография, холедохоскопия).

Л. М. Шор (Калининград) и Ф. А. Брагин (Москва) сообщили данные о чрезвычайно-печеночной холангиографии.

Б. Д. Добычин и П. К. Романов (Ленинград) и другие посвятили свои доклады операционным и послеоперационным осложнениям при острых холециститах. К ним относятся коллапс (как следствие тяжести заболевания и сердечно-сосудистой недостаточности), кровотечения из пузырной артерии. Основными послеоперационными

осложнениями являются: тромбоз portalной системы, полый вены, легочных вен и др., желчный перитонит, панкреатит, печеночно-почечная недостаточность и др.

В. С. Гирфанов (Казань) доложил об экспериментальных исследованиях функции желчного пузыря и рефлекторных реакциях на органы желудочно-кишечного тракта.

В. С. Гирфанов, С. Я. Кнубовец (Казань)

УДК 616.37

## О КОНФЕРЕНЦИИ ПО ПАТОГЕНЕЗУ, КЛИНИКЕ И ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(24—25/III 1965 г., Москва)

А. А. Шелагуров (Москва) остановился на причинной зависимости панкреатитов от заболеваний желчных путей, а также на значении нервно-сосудистых и аллергических факторов в патогенезе различных воспалительных заболеваний поджелудочной железы.

О причинах развития хронического панкреатита доложил И. С. Савошенко (Москва). Отмечено, что вследствие развития в поджелудочной железе патологического процесса непосредственно в ткани железы происходит образование трипсина из трипсиногена. Трипсин вызывает протеолиз ткани железы, что в свою очередь приводит к освобождению из ее клеток липазы и амилазы. Приводит к развитию панкреатита дефицит белка в диете или нарушение его усвоения в результате некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Н. И. Путилин с соавторами (Киев) представил данные о развитии выраженных функциональных и анатомических изменений в поджелудочной железе при нарушении режима питания.

Группа авторов (К. Д. Тоскин, В. А. Проценко, Ю. Н. Колесников, И. Ф. Спицын, Л. Б. Разинский — Симферополь) сообщила о результатах экспериментального изучения роли канальцевой гипертензии в возникновении панкреатита при различной функциональной активности поджелудочной железы. Установлено, что канальцевая гипертензия в условиях атонии сфинктера Одди приводит к развитию панкреатита даже на фоне функционального покоя поджелудочной железы.

О. С. Кочнев (Казань) в эксперименте на собаках показал, что при остром панкреатите уже в ранние сроки возникают различной степени выраженности дистрофические изменения в мышце сердца, причиной которых являются метаболические нарушения в миокарде вследствие изменений электролитного баланса и состояния вегетативной нервной системы (симпатикотония).

Об изменениях свертывающей и антисвертывающей систем при хроническом панкреатите сообщили И. С. Савошенко, А. Н. Сычева и С. А. Тужилин (Москва).

Е. Р. Черкезова (София) установила, что при отсутствии контакта веществ, поступающих из некротической поджелудочной железы, со слизистой двенадцатиперстной кишки происходит переход острого панкреонекроза в хронический фибросклерозный панкреатит. После введения содержимого двенадцатиперстной кишки больного животного здоровому у последнего обнаруживается типичная клиническая картина острого панкреонекроза. Эти данные указывают на существование резорбтивного пути проникновения патологического агента в поджелудочную железу. От наложения дуоденального свища автор получила выраженный терапевтический эффект.

В диагностике хронического панкреатита значительное и, в большинстве случаев, решающее значение имеют лабораторные исследования. Биохимические методы диагностики заболевания базируются в основном на выявлении возможных изменений внешнесекреторной, преимущественно ферментовыделительной функции поджелудочной железы, а также на обнаружении повышенной активности ферментов крови (В. А. Шатерников — Москва) и увеличении бикарбонатной щелочности после введения секрета в течение всего периода исследования (Т. В. Табакова — Москва). При сопоставлении ферментовыделительной функции поджелудочной железы больных хроническим панкреатитом с этой же функцией здоровых выявляется определенная тенденция к повышению активности трипсина, липазы и амилазы в дуоденальном содержимом больных, причем независимо от метода проведения исследования (натощак или при введении в двенадцатиперстную кишку раздражителей). Более высокую диагностическую ценность представляют определения активности ферментов сыворотки крови больных хроническим панкреатитом, у которых наиболее закономерно повышается активность трипсина, несколько в меньшей степени — липазы и амилазы. Исследования И. И. Князева (Москва) показали, что одновременно с увеличением активности трипсина снижается активность ингибиторов трипсина, определяемых методом электрофореза в составе  $\alpha_1$  и  $\alpha_2$ -глобулиновых фракций. У больных хроническим панкреатитом обнаружено снижение содержания  $\alpha_1$  и  $\alpha_2$ -ингибитора, причем более значительно  $\alpha_2$ -ингибитора вплоть до его полного исчезновения.