

## ВЫВОДЫ

1. Диетлечение больных, перенесших холецистэктомию, следует проводить дифференцированно в зависимости от характера поражения гепатобилиарной системы и других отделов пищеварительного тракта.

2. Больным с выраженным болевым и диспепсическим синдромом и объективно подтвержденными признаками дуоденита, панкреатита показано назначение 5-й щадящей диеты для создания максимального покоя всей пищеварительной системы.

3. Больным с желчезастойным синдромом, гипомоторной дискинезией желчевыводящих путей и толстой кишки целесообразно назначение 5-й липотропножировой диеты, способствующей усилению желчевыведения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Беоул Е. А., Шаховская А. К. *Вопр. питания*, 1973, 5.— 2. Выржиковская М. Ф. *Рентгенодиагностика заболеваний двенадцатиперстной кишки*. М., Медгиз, 1963.— 3. Нестерин М. Ф., Маркова М. Н., Народецкая Р. В. *Вопр. питания*, 1976, 4.— 4. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Астрожников Ю. В. *Хирургия*, 1973, 9.— 5. Порядок Л. Ф. *Влияние качественно различных углеводов на внешнесекреторную функцию печени*. Автореф. канд. дисс., М., 1970.— 6. Тиходеев С. М. *Клин. мед.* 1950, 4.

Поступила 14 ноября 1979 г.

УДК 616.366—002+616.37—002]—089

## О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТАХ

*В. В. Сумин, В. А. Ситников, Э. О. Вальтер*

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В. В. Сумин) Ижевского медицинского института*

**Реферат.** У больных холецистопанкреатитом показаниями к срочной операции следует считать неэффективность консервативного интенсивного лечения, признаки нарастающей интоксикации и развития деструктивных изменений в желчном пузыре или поджелудочной железе, симптомы разлитого перитонита.

**Ключевые слова:** холецистопанкреатит, лечение.

1 таблица. Библиография: 6 названий.

Хроническое течение желчнокаменной болезни с периодическими обострениями постепенно приводит к патологическим изменениям в самой паренхиме печени, а также в соседних органах, особенно в поджелудочной железе. Большинство больных холецистопанкреатитом — люди пожилого или старческого возраста. Как правило, у них имеются сопутствующие нарушения в других органах и системах [1, 3]. Обращает на себя внимание большая вариабельность течения заболевания. Наряду с тяжелыми формами холецистопанкреатитов наблюдаются и относительно легкие (у лиц с небольшой продолжительностью заболевания) [6]. В настоящее время тактику хирурга при холецистопанкреатитах нельзя считать окончательно разработанной.

С 1970 по 1977 г. в нашей клинике находилось на лечении 522 больных с диагнозом холецистопанкреатита (см. табл.).

Среди больных преобладали люди повышенной упитанности. Остро возникший приступ боли они связывали чаще с нарушением диеты, переизбытком, употреблением изделий из теста, острой, жирной, мясной пищи, алкогольных напитков.

Все пациенты поступали в экстренном порядке. У больных старше 60 лет чаще встречались такие сопутствующие заболевания, как аортокардиокоронаросклероз с явлениями стенокардии и расстройствами сердечного ритма, сердечно-сосудистая недостаточность, хронический бронхит, эмфизема легких, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, хронический гастрит, спастический колит, сахарный диабет. У большинства больных было по несколько сопутствующих заболеваний.

Из 286 больных с обострением хронического холецистопанкреатита у 132 в течение последних двух лет были неоднократные повторные приступы печеночной колики. Поступлению их в клинику предшествовали многочисленные вызовы на дом службы скорой медицинской помощи, транспортировка в различные больницы города для оказания срочной медицинской помощи.

При неясной клинической картине диагноз холецистопанкреатита ставили на ос-

**Данные о половом, возрастном составе и методах лечения больных  
холецистопанкреатитом**

Диагноз	Число боль- ных	Пол		Возраст, лет			Лечение		Леталь- ность	
		муж.	жен.	до 40	41—60	стар- ше 60	кон- серва- тив- ное	опера- тивное	число	%
Острый холецисто- панкреатит . . .	236	39	197	37	105	94	192	44	5	2,1
Обострение хрони- ческого холецисто- панкреатита . . .	286	55	231	69	113	104	260	26	3	1,0
Всего . . . . .	522	94	428	106	218	198	452	70	8	1,5

новании данных динамического наблюдения за больным в приемном покое в течение 2—4 ч после исследований мочи, крови, введения анальгетиков и спазмолитических средств.

Большинство больных при поступлении жаловались на нестерпимые постоянные или периодические боли в правом подреберье, в подложечной области, опоясывающие или иррадирующие в поясничную область, плечо. Боли носили упорный, длительный характер, не поддавались действию спазмолитиков, нередко протекали с многократной рвотой. Болевые приступы сопровождались напряжением мышц в правом подреберье и в эпигастральной области, нередко вздутием верхнего отдела живота. У некоторых больных при пальпации правого подреберья определялся болезненный инфильтрат или увеличенный, напряженный, болезненный желчный пузырь. Сочетание описанной клинической картины с субфебрильным подъемом температуры, лейкоцитозом крови, повышением активности амилазы в моче до 256—2048 ед. считалось характерным для симптомокомплекса холецистопанкреатита.

Всем больным, поступившим в клинику по поводу холецистопанкреатита и страдавшим от стойких болей, проводили комплексное консервативное лечение, включающее неоднократные (через 2—3 ч) инъекции спазмолитиков (атропин, но-шпа, платифиллин, папаверин) в сочетании с анальгином или промедолом, десенсибилизирующими средствами (димедрол, пипольфен). При продолжающихся болях применяли новокаиновые паранефральные, сакроспинальные блокады или внутривенное введение литической смеси, содержащей 20—30 мл 0,5% раствора новокаина, 1 мл 0,1% раствора атропина, 1 мл 1% раствора димедрола. После медленного ее введения боли значительно уменьшались. До исчезновения болевого синдрома, рвоты и нормализации активности амилазы в моче больным предписывали голодную диету, на эпигастральную область периодически накладывали холод.

При явлениях интоксикации назначали парентеральное введение 5% раствора глюкозы с инсулином, раствора Рингера (до 3 л в сут), вводили сухую или нативную плазму. При упорных рвотах делали промывание желудка холодным физиологическим раствором с добавлением 150 мл 0,25% раствора новокаина. Для усиленного выведения протеолитических ферментов из сосудистого русла и профилактики острой почечной недостаточности применяли диуретические средства, гемодез, маннитол. По показаниям назначали антибиотики и желчегонные. Из 452 больных, леченных консервативно, в подобной интенсивной терапии нуждались только 40%. У остальных для значительного улучшения состояния оказались достаточными новокаиновые блокады, неоднократные введения литических смесей, применение холода и голодная диета. 47 больных выписаны из стационара спустя 3—7 дней после госпитализации, так как состояние их быстро улучшилось, и они настаивали на выписке сразу после исчезновения болей. По всей вероятности, этих больных следует отнести в группу с легкой формой холецистопанкреатита или в группу с сомнительным диагнозом холецистопанкреатита с неясным болевым синдромом и нерезко выраженной амилазурией [2, 4, 5]. 98 больных после консервативного лечения была предложена операция в «холодном периоде», но они по разным причинам от нее отказались.

По срочным показаниям прооперировано 44 больных, в плановом порядке 26. Показаниями к срочной операции служили неэффективность консервативного лечения

при симптомах нарастающей интоксикации и развития деструктивных изменений в желчном пузыре или в поджелудочной железе, признаки разлитого перитонита. В первые сутки оперировано 25 больных, в первые 3 сут — 11, в течение 8 дней с момента поступления — 8.

В диагностике холецистопанкреатитов и при затруднениях в выборе тактики лечения при этих заболеваниях хорошим подспорьем является лапароскопия. В нашей клинике она применяется с 1970 г.

При деструктивных изменениях желчного пузыря, сочетавшихся с отеком поджелудочной железы, мы осуществляли холецистэктомию с дренированием общего желчного протока через пузырный проток. Пожилым больным в тяжелом состоянии делали холецистэктомию (11%). Операцию заканчивали новокаиновой блокадой забрюшинной клетчатки вокруг поджелудочной железы.

Больным с геморрагическим панкреатитом и деструктивными изменениями желчного пузыря производили холецистэктомию и дренирование полости малой сальниковой сумки через окно в желудочно-ободочной связке, подшитой к париетальной брюшине передней брюшной стенки живота. Делали обкалывание забрюшинной клетчатки вокруг железы новокаином с антибиотиками. В послеоперационном периоде многократно промывали полость сальниковой сумки холодным 0,25% раствором новокаина с антибиотиками.

При панкреонекрозе в комплекс мероприятий помимо описанных выше входило удаление гноя, детрита, новокаин-антибиотиковая блокада забрюшинной клетчатки, брыжейки, тонкого и толстого кишечника. Операцию заканчивали дренированием области Winslow отверстия. В случаях разлитого перитонита производили тщательный туалет брюшной полости и дренирование ее в области подреберий и обеих подвздошных областей. У 2 больных с панкреонекрозом пришлось прибегнуть к дополнительному дренированию забрюшинной клетчатки через левую поясничную область.

Конкременты в желчном пузыре были найдены у 28 больных и в общем желчном протоке — у 7, гнойный холангит обнаружен у 8. При наличии конкрементов в общем желчном протоке и при гнойном холангите производили удаление камней, промывание протока новокаином; заканчивали операцию наружным дренированием общего желчного протока.

Из 522 больных умерло 8. У 6 из них (возраст — от 66 до 80 лет), оперированных в экстренном порядке по поводу разлитого перитонита, гангренозного холецистита и панкреонекроза, смерть наступила от острой печеночно-почечной недостаточности и интоксикации. Один больной умер после плановой операции от желчного перитонита, развившегося из-за несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза. Больная 80 лет умерла от инфаркта миокарда через 18 ч после поступления в клинику, операция ей не производилась.

В заключение следует отметить, что больные с диагнозом острого холецистопанкреатита нуждаются в проведении комплекса консервативной терапии и последующем детальном обследовании в хирургическом стационаре. Показаниями к срочной операции при холецистопанкреатите следует считать неэффективность консервативного интенсивного лечения, нарастающую интоксикацию, деструктивные изменения в желчном пузыре или поджелудочной железе, признаки разлитого перитонита.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов В. В., Зима П. И., Василевский А. И. Вестн. хир., 1973, 12.— 2. Вицин Б. А., Веронский Г. И., Маханько А. И. В кн.: Тезисы 5-го Всероссийского съезда хирургов. Свердловск, 1978.— 3. Маят В. С., Нестеренко Ю. А., Буромская Г. А. Хирургия, 1976, 11.— 4. Напалков П. Н., Трунин М. А. Клин. хир., 1973, 9.— 5. Петров Б. А., Гальперин Э. И. Хирургия внепеченочных желчных протоков. М., Медицина, 1971.— 6. Страшнина Н. К. Сов. мед., 1974, 4.

Поступила 23 ноября 1978 г.