

Таблица 1

Средние показатели высот I ступени и параметра h_3 полярограмм больных острым холециститом

Формы холецистита	п	Высоты ступеней, мм	
		h_1	h_3
Флегмонозный	13	38,7	4,7
Гангренозный	4	46,8	5,1
Контрольные данные	20	30,0	2,5

Таблица 2

Средние показатели высот I ступени и параметра h_3 полярограмм больных острым холециститом, осложненным желтухой

Формы холецистита	п	Высоты ступеней, мм	
		h_1	h_3
Катаральный	6	34,7	3,9
Флегмонозный	12	40,0	4,7
Гангренозный	1	49,4	7,0

лярограмм, выраженностью деструктивного процесса в желчном пузыре, с одной стороны, и морфологическими изменениями в печени и показателями высот II ступени — с другой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мансурова И. Д., Руднева Н. Д. Лабор. дело, 1966, 2, 84.— 2. Салихов И. А., Воронин В. Н., Золкин Н. Н. Казанский мед. ж., 1983, 4, 267.

Поступила 27.09.85.

УДК 616.366—002.1—089.8—053.9

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

О. С. Кочнев, И. А. Ким, В. Н. Коробков, Б. Х. Ким, Е. И. Муравьев

Кафедра неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В литературе до сих пор дискутируются вопросы лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. Одни хирурги [2, 6] рекомендуют консервативное лечение и лишь в крайних ситуациях при развитии перитонита—оперативное вмешательство. Другие же, наоборот, считают необходимым расширить показания к экстренным операциям [3—5]. Большая же часть хирургов придерживается так называемой активно-выжидательной тактики.

Накопленный в клинике неотложной хирургии Казанского ГИДУВа опыт лечения 2001 больного острым холециститом, из которых 802 пациента прооперированы на различных сроках с момента поступления, показал необходимость их разделения на 3 группы: с осложнениями, связанными непосредственно с воспалительным процессом в желчном пузыре—перфорацией, перитонитом, перивезикулярным абсцессом (1-я группа), с сопутствующими заболеваниями, значительно отягочающими течение основного процесса, затрудняющими диагностику и лечение (2-я группа); отдельную (3-ю группу) составили больные пожилого и старческого возраста.

В данной работе нами освещены вопросы хирургической тактики применительно к больным острым холециститом старше 70 лет, так как данная категория больных наиболее трудна в плане диагностики, выбора метода лечения и сроков оперативного

вмешательства. В основном это больные, имеющие сопутствующие заболевания, которые в значительной мере затуманивают клиническую картину, отягощают состояние больного, влияют на решение хирурга и на исход оперативного вмешательства. Так, по данным В. М. Буянова [11], летальность пациентов старше 70 лет достигает 31%.

Под нашим наблюдением находилось 328 пациентов старше 70 лет. Из них 76 (23,2%) больным потребовалось оперативное лечение. Послеоперационная летальность составила 18,4%. Лечение этих больных требует чрезвычайной осторожности и абсолютных показаний для радикального оперативного вмешательства на высоте приступа.

По тактике лечения данного контингента больных клинический материал основывается на двух периодах: с 1974 до 1977 г. и с 1977 по 1984 г. В первом периоде оперативное вмешательство мы проводили в случаях неэффективности консервативной терапии в течение 24 — 72 ч, а при явлениях перитонита — в первые 2—3 ч после поступления. За указанный период прооперирован 21 больной, из них умерло 7 (33,3%). Объем оперативного вмешательства ограничивался холецистэктомией, по показаниям — холедохотомией с наружным дренированием общего желчного протока в различных вариантах (18 больных), холецистостомией (3). Была отмечена определенная закономерность в частоте гнойно-воспалительных осложнений острого холецистита в зависимости от длительности заболевания и продолжительности консервативной терапии. Наибольшее число осложнений возникло при вынужденных операциях.

За второй период были прооперированы 55 больных, из них умерло 7 (12,7%). Этот период характеризовался активной диагностическо-лечебной тактикой, но не за счет увеличения экстренных и срочных операций, а в связи с использованием инструментальных методов диагностики и лечения, которые включали лапароскопию и фиброгастродуоденоскопию. Лапароскопическое исследование в первом периоде было произведено лишь у 4 больных. Во втором периоде все пациенты подвергались до операции эндоскопическому обследованию, из них у 43 были выполнены лечебные манипуляции.

Эндоскопическое обследование (экстренное, срочное, отсроченное) преследовало следующие цели: 1) дифференциальную диагностику; 2) выявление степени деструктивных изменений в желчном пузыре; 3) лечение.

Лечебные эндоскопические манипуляции заключались в канюляции круглой связки печени и пролонгированной блокаде (у 22), промывании желчного пузыря (у 8), лапароскопической пункционной микрохолецистостомии (у 11), эндоскопическом назобилиарном дренировании (у 2).

После лапароскопического исследования 12 больных сразу же были прооперированы из-за выраженных деструктивных изменений в желчном пузыре, а также наличия перитонита. Лечебные эндоскопические манипуляции дали эффект у 41 больного, все они в последующем были прооперированы в плановом порядке по мере стабилизации общего состояния и коррекции сопутствующих соматических заболеваний.

Экстренные оперативные вмешательства вслед за лапароскопическим исследованием были проведены в сроки от 6 до 18 ч с момента поступления.

Опыт лечения острого холецистита с помощью эндоскопа у пациентов старше 70 лет показал, что его эффективность во многом зависит от сроков лечения. Раннее применение лечебных эндоскопических манипуляций позволяет предупредить ряд осложнений, кроме того, оно дает возможность своевременно выявлять начинающиеся осложнения.

Наряду с лечением, проводимым с помощью эндоскопа при явлениях печеночно-почечной недостаточности, желтухи и выраженной интоксикации применяли гемосорбцию, которая является мощным средством детоксикации и поддержания гомеостаза. Гемосорбция выполнена 13 больным как после эндоскопического вмешательства, так и после экстренных операций. Для иллюстрации эффективности активной диагностическо-лечебной тактики приводим историю болезни.

Ж., 71 года, поступила в клинику неотложной хирургии 18.08.84 г. через 2 сут с начала заболевания. Жалобы на сильные боли в правом подреберье, эпигастрии, иррадиирующие в плечо, лопатку и поясничную область справа, тошноту и однократную рвоту. Заболевание началось после приема пищи. Подобные приступы были и ранее, но быстро проходили.

Общее состояние больной средней тяжести. Кожные покровы чистые. Видимые слизистые нормальной окраски. Язык сухой, сильно обложен буроватым налетом. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны приглушены, аритмичны. Пульс —

92 уд. в 1 мин, хорошего наполнения, аритмичен. АД—18,6/12,0 кПа. Живот не вздут, не участвует в акте дыхания в верхних отделах. Значительная болезненность и ригидность мышц передней брюшной стенки в правом подреберье не давала возможности оценить состояние желчного пузыря. Положительные симптомы Кера и Ортуэра. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Стул и диурез не нарушены.

Анализ крови: л.— $8,5 \cdot 10^9$ /л. Анализ мочи: белок—0,36 г/сут, эр.—свежие и вышеченные—4—5 в поле зрения, цилиндры гиалиновые—6—7 в поле зрения, почечный эпителий—2—3 в поле зрения, желчные пигменты 3+. Амилаза мочи—8 ед. по Вольгемуту.

Диагноз: острый холецистопанкреатит, хроническая ишемическая болезнь сердца, мерцательная аритмия, коронарокардиосклероз.

В течение 8 ч проводили интенсивное консервативное лечение (новокаиновые блокады, спазмолитики, инфузионно-детоксикационную терапию), которое не дало эффекта. 19.08.84 г. произведена лапароскопия. Выявлено наличие флегмонозно измененного желчного пузыря. С учетом возраста больной, общего тяжелого состояния, отягощенного сопутствующим заболеванием, исследование закончено наложением пункционной микрохолецистостомы. При пункции желчного пузыря под давлением выделилось 80 мл зловонной застойной желчи с примесью крови. После лапароскопической микрохолецистостомии и декомпрессии желчного дерева при хорошей функции дренажной трубки отмечено ухудшение общего состояния: повышение температуры тела до 38,9°, нарастание слабости, вялость, сонливость; уменьшение дебита желчи с 500 мл в первые 2 суток до 100 мл на 3-и сутки, увеличение содержания общего билирубина до 82,4 мкмоль/л. Все это указывало на наличие печеночной недостаточности. В связи с ее нарастанием 21.08.84 г. была проведена гемосорбция. После однократного сеанса состояние значительно улучшилось: дебит желчи—300 мл, содержание общего билирубина снизилось до 37,6 мкмоль/л. После стабилизации общего состояния, коррекции сердечно-сосудистых расстройств и нормализации билирубинемии 14.09.84 г. произведены холецистэктомия, папилосфинктеротомия, наружный дренаж общего желчного протока и подпеченочного пространства. Наступило выздоровление.

Данный пример наглядно демонстрирует необходимость двухэтапного лечения этой тяжелой категории больных, имеющих скрытую форму печеночной недостаточности.

Ретроспективный анализ лечения больных острым холециститом старше 70 лет выявил ряд причин их неудовлетворительного лечения.

1. 18% больных острым холециститом старше 70 лет были госпитализированы через 1—3 сут от начала приступа в связи с ухудшением состояния, что обусловило развитие тяжелых осложнений: перитонита, холангита, желтухи, перфорации желчного пузыря, перивезикулярного абсцесса.

2. Большинство больных до развития острого приступа холецистита страдали холедохолитиазом, стриктурой большого дуоденального соска; хроническими заболеваниями печени, сердечно-сосудистой системы; хроническими заболеваниями легких, почек, а также нарушением углеводного обмена.

3. К ошибкам, допущенным в стационаре, относились необоснованно длительное консервативное лечение и недостаточное применение специальных методов диагностики, что приводило к задержке своевременного решения о необходимости хирургического вмешательства. Это наглядно демонстрирует первый период лечения больных острым холециститом. Так, из-за неэффективности консервативной терапии и ухудшения общего состояния так называемые «вынужденные» операции были проведены у 14 из 21 оперированного пациента, в то время как при активной диагностическо-лечебной тактике «вынужденных» операций не было. Лечебная тактика у больных старше 70 лет должна быть индивидуальной, поскольку как поспешное, так и запоздалое вмешательство у них чревато грозными осложнениями.

4. Одной из ошибок является неоправданный отказ от плановой операции желчевыводящих путей, несмотря на длительные сроки заболевания с частыми обострениями.

Основными причинами летальных исходов у оперированных больных были следующие: острая сердечно-сосудистая недостаточность; острая легочная недостаточность вследствие развития гнойных осложнений на фоне хронического заболевания легких; острая печеночно-почечная недостаточность; тромбоэмболия легочной артерии.

Таким образом, становится очевидным, что активная диагностическо-лечебная тактика у больных острым холециститом старше 70 лет позволяет сократить сроки необоснованной консервативной терапии при значительных деструктивных изменениях в желчном пузыре, выявив начинающиеся осложнения, своевременно провести оперативное лечение по показаниям. В большинстве случаев применение лечебных

мероприятий под контролем эндоскопа способствует уменьшению количества экстренных операций и снижению риска оперативного вмешательства у этой тяжелой категории больных.

ВЫВОДЫ

1. У больных острым холециститом старше 70 лет должна применяться активная диагностическо-лечебная тактика с использованием специальных (эндоскопических) методов обследования.

2. Проведение лечебных манипуляций под контролем эндоскопа у больных острым холециститом старше 70 лет позволяет снизить летальность с 33,3 до 12,7%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов В. М. В кн.: Проблемы хирургии желчных путей. М., 1982.—2. Виноградов В. В., Зима П. И. Там же.—3. Кульчинский П. Е., Шулькин С. Л., Степанов М. Н. и др. В кн.: Хирургическое лечение печени и желчевыводящих путей. Киев, 1974.—4. Лупальцев В. И., Лях А. В. Хирургия, 1985, 8, 71.—5. Милостанов Н. Н., Гетвантер Р. А., Чижик О. П. и др. В кн.: Хирургическое лечение печени и желчевыводящих путей. Киев, 1974.—6. Мышкин К. И., Кон Л. М. В кн.: Всесоюзное научное медицинское общество хирургов. Кишинев, 1976.

Поступила 13.01.86.

УДК 616.36—002.3—089.8

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ

В. А. Кузнецов

Кафедра хирургии (зав.— проф. В. А. Кузнецов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Несмотря на многолетний поиск хирургов всех стран мира, проблема лечения нагноительных процессов печени еще далека от разрешения. Летальность стабилизировалась на высоком уровне и даже в специализированных лечебных учреждениях колеблется от 12 до 50% [3—5, 7]. Как ни велико стремление врача победить инфекцию бескровным способом, при сформировавшемся гнойнике в печени, за малым исключением (амебный абсцесс), единственно эффективными остаются дренирование очага, назначение антибиотиков направленного действия и терапия, стимулирующая защитные силы организма.

За последние 15 лет под наблюдением было 92 больных с бактериальными абсцессами печени (мужчин—29, женщин—63, возраст—от 7 до 87 лет). За истекшее пятилетие среди заболевших число пациентов старше 60 лет возросло более чем в два раза и по сравнению с предыдущим пятилетием в три раза увеличилось число осложненных форм заболевания. У 31 больного выявлены следующие осложнения абсцессов: прорыв гноя в поддиафрагмальное пространство (10), под печень (9), в перикард (2), в свободную брюшную полость (4), в полые органы живота (2), гнойная деструкция правого легкого (2), тромбоз воротной вены или ее притоков (2). У 26 из них была констатирована клиническая картина сепсиса с различной степенью гепаторенальной или гепатоцеребральной недостаточности. Характерно, что независимо от возраста осложнения возникали у лиц, длительно получавших в прошлом глюкокортикоиды и антибиотики в связи с исходным или сопутствующим заболеваниями, а в настоящем — 2—4-недельные курсы пробного лечения теми же препаратами. Ретроспективный анализ показал, что на современном этапе развития клинической хирургии диагностика *ex juvantibus* должна быть осуждена, так как пробное лечение антибиотиками и другими препаратами приводит к смазыванию клинических проявлений абсцессов печени, затягиванию сроков хирургической санации патологического очага и летальному исходу.

При формулировке диагноза вполне очевидна необходимость уточнения основного заболевания, являющегося исходным фоном, который сам по себе нередко определяет тактику хирурга и судьбу заболевшего. В этиологической структуре бактериальных