

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

В. Г. Рагулин

Рославльская центральная районная больница (главврач — П. Д. Костенко)
Смоленской области

Особенностью течения острого холецистита у лиц пожилого и преклонного возраста является раннее развитие некротических процессов и склонность к тромбообразованию. У них чаще, чем у молодых, наступает перфорация желчного пузыря.

В последнее время все больше хирургов склоняется к мнению о целесообразности у таких больных радикальной операции — холецистэктомии.

В хирургическом отделении Рославльской центральной больницы за 10 лет (1957—1966 гг.) находилось 284 больных острым холециститом, из них 102 (35,9%) были старше 60 лет. Из 53 больных этой возрастной группы, подвергшихся оперативному лечению, правильный диагноз в направлении был лишь у 29, остальные поступили с диагнозами «острый аппендицит» (13 чел.), «кишечная непроходимость» (4), «болезнь Боткина» (3), «почечная колика» (2), «стенокардия» (1), «перфоративная язва» (1).

Мужчин было 7, женщин — 46. В возрасте от 60 до 70 лет было 16 чел., от 71 до 80 лет — 27, от 81 до 90 лет — 9 и старше — 1. 32 больных до поступления в хирургическое отделение лечились у терапевтов свыше 20 лет.

Оперативные вмешательства производились в большинстве случаев днем, после проведенных консервативных мероприятий (блокада по А. В. Вишневному, введение атропина, антибиотиков).

Мы убедились, что и пожилые больные хорошо переносят холецистэктомию.

Операция закончена холецистэктомией у 41 больного, холецистэктомией с холедохотомией — у 9, холецистэктомией с рассечением капсулы поджелудочной железы — у 1, холедохотомией без удаления желчного пузыря — у 1, холецистостомией с вшиванием в рану желчного пузыря — у 1.

Удаление желчного пузыря производили из разреза параллельно реберной дуге справа по общепринятой методике, чаще от дна, предварительно удаляли его содержимое шприцем с толстой иглой. Проходимость общего желчного протока проверяли резиновым катетером или пуговчатым зондом через пересеченный пузырный проток или специальный продольный разрез на передней стенке протока. Дренажирование его чаще осуществляли по А. В. Вишневному, погружной дренаж применили у 3 больных.

Под местной анестезией оперировано 20 больных, под эфирно-кислородным масочным наркозом — 15, под интратрахеальным наркозом с мышечными релаксантами — 16, под алкогольным — 2.

У 11 больных брюшную полость зашивали наглухо, у 42 оставляли тампоны и дренажную трубку. Последнюю удаляли через 48 часов, а тампоны — на 6—7-й день. Кожные швы снимали на 10—15-й день. У 1 больного произошло нагноение раны и у 1 после снятия швов (на 18-й день) разошлись края раны.

Умерло 7 чел. (1 от перитонита, 1 от инфаркта легкого, 2 от гнойного холангита и множественных абсцессов печени, 1 от сердечно-сосудистой недостаточности, 1 от кровоизлияния в мозг и пневмонии, 1 от двухстороннего экссудативного плеврита и туберкулеза легких). Умершие были в возрасте от 70 до 80 лет.

Отдаленные результаты удалось проследить у 35 чел. Рецидива болезни не отмечалось; 3 чел., перенесшие холецистэктомию с холедохотомией и рассечением капсулы поджелудочной железы, жаловались на умеренные боли.

УДК 616—002.77—612.017

КОМПЛЕМЕНТ И ЛИЗОЦИМ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИ БЕСПРИСТУПНО ТЕКУЩЕМ РЕВМАТИЗМЕ

В. Г. Дорофейчук и Я. Г. Любавин

Горьковский научно-исследовательский педиатрический институт

Изучению иммунологической реактивности в динамике ревматического процесса посвящено значительное число работ [1, 2, 3]. Ряд исследователей [4, 5, 7] отмечает повышение общей иммунологической реактивности при выраженной активности ревматического процесса и угнетение ее при умеренной или слабой активности. Особенно резко иммунологическая реактивность снижена при тяжелом непрерывно рецидиви-