

## 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. Вишневскому, 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. Вишневскому, 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-

рующем течении ревматизма. Ж. Ж. Рапопорт подчеркивает связь иммунологического многообразия с многочисленностью клинических вариантов течения ревматического процесса.

Под нашим наблюдением было 97 детей, больных бесприступным ревматизмом. При первичном обследовании у 32 детей диагностирована недостаточность митрального клапана, у остальных 65 предполагался латентно или вяло текущий кардит. Больных ежегодно вызывали для специального обследования, у них изучали эволюцию сердечного поражения и активность ревматического процесса. Наблюдение длилось от 2 до 5 лет. Диагноз ревматизма у всех подтвердился. Об активности ревматизма свидетельствовали жалобы на быструю утомляемость, на боли в области сердца и в суставах, на одышку при физической нагрузке; тахикардия; субфебрильная температура; нейтрофилез; ускорение РОЭ; повышение содержания фибриногена в сыворотке крови; повышение дифениламинового показателя или содержания сиаловых кислот; замедление предсердно-желудочковой проводимости; увеличение продолжительности электрической систолы желудочков на 0,04" и более.

Мы сопоставили активность бесприступно текущего ревматизма с уровнем комплементарной и лизоцимной активности сыворотки крови. По мере нарастания активности ревматического процесса поднимается уровень комплементарной активности. Повышение комплементарной активности сыворотки крови у больных, имеющих 2—3, 4 и более показателей активности ревматизма, статистически достоверно ( $P < 0,05$ ) по сравнению с больными, у которых активность ревматизма не установлена или обнаружен лишь один показатель активности. Статистически достоверной зависимости лизоцимной активности от активности бесприступно текущего ревматизма выявить не удалось. Чем больше число показателей активности ревматизма, тем чаще показатели комплементарной и лизоцимной активности повышены (при 1 показателе активности ревматизма — 32,7%, при 4 и более — 64,5%). Чем больше число показателей активности ревматизма, тем реже встречаются соотношения, в которых пониженной комплементарной активности сопутствует повышенная активность лизоцима (при 1 показателе активности ревматизма — 50,0%, при 4 и более — 19,2%).

Результаты наших исследований позволяют считать определение комплементарной активности сыворотки крови у больных с бесприступно текущим ревматизмом дополнительным неспецифическим показателем активности ревматического процесса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев А. Р. Педиатрия, 1963, 10.— 2. Гаврилов С. А. В сб.: Ревматизм у детей, Л., 1962.— 3. Иоффе В. И. Иммунология ревматизма, Л., 1962.— 4. Михеева Г. А. Педиатрия, 1953, 4.— 5. Надеждина Е. А., Миесерова Е. К. Педиатрия, 1965, 12.— 6. Рапопорт Ж. Ж. Педиатрия, 1967, 1.— 7. Сачков В. И. и др. В сб.: Вопросы ревматизма. М., 1961.

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 611.127—616—001.4

### Б. М. Титов (Казань). Обширное ножевое ранение правого предсердия

Ш., 21 года, доставлен в приемный покой больницы 5/X 1967 г. в 2 часа 15 мин. Состояние больного предагональное. Сознание отсутствует, зрачки расширены, резкая бледность кожи и слизистых. Черты лица заострены. Пульс на лучевой и сонной артериях не прощупывается, тоны сердца не выслушиваются. Дыхание частое, поверхностное. В левом пятом межреберье по левой грудной линии рана 1,5×0,8 см, овальной формы; из нее выделяется темная кровь и пузырьки воздуха. Живот несколько втянут, в дыхании не участвует. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. В левой подвздошной области, непосредственно над лупартовой связкой, овальной формы колотая рана 1,4×0,6 см, по окружности которой определяется большая подкожная гематома 8×7 см.

Срочная операция (Б. М. Титов) при активном проведении комплекса реанимационных мероприятий (внутриартериальное нагнетание и внутривенная трансфузия крови I гр. и вдыхание кислорода) начата под местной анестезией по А. В. Вишневскому и продолжена под управляемым эндотрахеальным наркозом. Произведена левосторонняя торакотомия в четвертом межреберье с пересечением IV—V реберных хрящей. Левое легкое спавшееся, в дыхании не участвует. Вся левая плевральная полость заполнена кровянистыми сгустками и жидкой кровью. На передней поверхности перикарда в верхнем правом отделе рана 2×1 см, откуда слабой струей вытекает темная венозная кровь. Рану сердечной сорочки широко вскрыли и полость ее освободили от большого количества кровянистых сгустков. Сердце с небольшой женский кулак, дряблое, пульсация его вялая. На передней стенке в области правого