

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Профессор **И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ**, **Н. С. ЛУПИНОВИЧ**, **С. К. ЧУРИЛО**

Из кафедры хирургии и анестезиологии (заведующий — профессор И. Б. Олешкевич) Белорусского института усовершенствования врачей (ректор — кандидат медицинских наук А. В. Руцкий) на базе Минской областной клинической больницы (главный врач М. И. Котович)

Располагая некоторым опытом в хирургии желчных путей, мы решили поделиться результатами своих клинических наблюдений. В клинике с 1955 по 1965 гг. лечилось 327 больных острым холециститом (женщин 255 и мужчин 72) в возрасте от 18 до 78 лет, преимущественно от 30 до 60 лет.

Все больные острым холециститом и острым холециститом (?) госпитализируются в нашу клинику. При диагностировании диффузного перитонита их после кратковременной подготовки оперируют. Всем остальным больным острым холециститом назначаем строгий постельный режим, холод, голод, производим правостороннюю паранефральную новокаинно-пенициллиновую блокаду (0,25% раствор новокаина — 100 мл + 100000 ед. пенициллина; при холецистопанкреатите блокаду производили с обеих сторон), применяем ударные дозы антибиотиков (пенициллина и стрептомицина от 500 тыс. до 1 млн. в сутки) внутримышечно, внутривенно. Капельным способом вводим физиологический раствор хлористого натрия, 5% раствор глюкозы, белковые препараты и пр. При необходимости назначаем сердечные средства, наркотики, спазмолитики, витамины и др. Если после проведенного лечения состояние больного к концу первых суток улучшается, температура снижается, воспалительный процесс в желчном пузыре идет на убыль, то продолжаем консервативное лечение и по выздоровлении выписываем без операции. При отсутствии эффекта предлагаем больному оперативное лечение. Больных с повторными приступами оперируем в стадии затихания воспалительного процесса.

При диагностировании острого холецистита нами используются данные клинического лабораторного и у части больных рентгенологического (обзорная рентгенография) методов исследования. Хотя клиника приступа желчной колики чаще всего протекает с классическими симптомами, мы дважды допустили диагностическую ошибку. Речь идет о 2 больных старческого возраста, поступивших в клинику с приступом острой боли в области правого подреберья, иррадиирующей в правую подключичную ямку, правую лопатку и правый плечевой пояс; у обоих больных были повышены температура и лейкоцитоз. Клиническая картина не вызывала сомнений в том, что у них имеется острый холецистит. Во время операции обнаружена прикрытая перфорация язвы 12-перстной кишки с наличием выраженного местного перитонита. Диагностика острого калькулезного холецистита облегчается, если приступ желчной колики заканчивается развитием желтухи. В этих случаях диагнозу

помогает определение в крови билирубина (повышен) и в кале стеркобилина (отсутствует).

Если учесть этих больных и других, у которых неправильно диагностирован острый холецистит, то диагностические ошибки у нас составят 12,5%.

Как показывает наш опыт, при динамическом наблюдении за больными, изменении температуры, исследовании крови на лейкоцитоз, чаще всего удается правильно поставить диагноз острого холецистита и при необходимости больного оперировать.

Из общего количества больных (327), лечившихся в клинике по поводу острого холецистита, оперировано 195. Характер оперативных вмешательств у них был следующий: холецистэктомия произведена 175 больным, холецистэктомия+холедохотомия с применением дренажа по методу Вишневого — 15, холецистэктомия+холедохоеюностомия — 3 и холецистэктомия+холедоходуоденостомия — 2 больным.

Основным методом обезболивания является эндотрахеальный эфирно-кислородный наркоз с применением мышечных релаксантов и управляемого дыхания. Тяжелобольных оперируем под местной анестезией с предварительным введением нейроплегической смеси. Операционный разрез чаще всего применяем по методу Федорова. У некоторых больных брюшную полость вскрываем при помощи параректального разреза.

Удаление желчного пузыря производим субсерозно при некалькулезном холецистите от дна, а при калькулезном — от шейки в целях предупреждения проталкивания камня в желчный проток. При наличии калькулезного холецистита на операционном столе производим контрастную холангиографию. При непроходимости желчного протока последний вскрываем, камень удаляем, проток дренируем по методу Вишневого. У отдельных больных отверстие в желчном протоке зашиваем, к линии шва подводим марлевый тампон. Если камень нельзя удалить, то при обнаружении стриктуры желчного протока накладываем анастомоз между этим протоком и 12-перстной кишкой или тощей кишкой. При создании холедохоеюнального анастомоза между приводящим и отводящим коленом тощей кишки накладываем анастомоз по Брауну. Такие операции нами произведены 5 больным. Ложе желчного пузыря перитонизируем, к линии шва подводим марлевый тампон, который выводим в срединном отделе операционной раны. В брюшную полость вводим по 500 тыс.— 1 млн. пенициллина и стрептомицина. Брюшную полость ушиваем до тампонов.

17 больных оперированы в срочном порядке при наличии разлитого желчного перитонита. Операция заключалась в удалении желчного пузыря, тщательном осушивании брюшной полости, введении антибиотиков и тампонировании. В запущенных случаях перитонита в брюшную полость вводим нипелевые трубочки для антибиотиков.

Во время операции больным внутривенно капельным способом вводим физиологический раствор хлористого натрия, 5% раствор глюкозы, плазму и другие заменители крови; при падении артериального давления применяем полиглюкин, а наиболее ослабленным больным переливаем кровь.

В послеоперационном периоде в течение 2—3 дней больным назначаем сердечные, антибиотики, с перерывами на ночь продолжаем внутривенное введение растворов хлористого натрия, глюкозы, применяем белковые препараты, витамины и пр. При развитии осложнений указанного лечения продлеваем, кроме того, в зависимости от характера осложнения назначаем другие лечебные препараты.

Первую перевязку производим на 3—4-й день, при которой раз-

рыхляем введенные тампоны, подрезаем сухие их концы. Подтягивание тампонов начинаем на 6—7-й день, удаляем — на 9—10-й день. Если тампоны извлекаются с трудом, то крайним сроком их удаления являются 14-е сутки. К этому времени обычно удаляем и резиновый дренаж из вскрытого желчного протока. При проходимости последнего операционная рана сравнительно быстро заживает. Если проходимость желчного протока не восстанавливается из-за наличия замазки, производим промывание его антисептическим раствором (риванол, фурацилин) при помощи металлического мужского катетера, вводимого сначала в центральном, а затем в периферическом направлении. В случае невозможности проходимости желчного протока производим пластические операции, чаще всего путем имплантации свища в петлю тощей кишки.

Из 195 оперированных больных у 128 наблюдался калькулезный и у 67 — не калькулезный холецистит. В зависимости от характера патологоанатомических изменений в удаленных желчных пузырях все больные распределялись так: с флегмонозным холециститом 110 больных, с гангренозным — 69 и с деструктивными изменениями в стенке желчного пузыря в результате повторных изменений — 16 больных.

Непосредственные результаты хирургического лечения острого холецистита таковы: выписался 191 больной и умерло 4 (2,1%). Летальный исход наступил у больных, оперированных при наличии диффузного перитонита, который явился причиной смерти. По данным Д. Ф. Скрипниченко, послеоперационная летальность представляется в следующем виде: при катаральном холецистите — 1%, при флегмонозном — 2%, при гангренозном — 20—30%.

Наши наблюдения показывают, что больные, оперированные по поводу некалькулезного холецистита, как правило, чувствуют себя хорошо, работают и забывают о своей болезни. Этого нельзя сказать о больных с удаленным желчным пузырем, страдающих желчно-каменной болезнью. У части больных этой группы после операции периодически повторяются приступы острых болей в области правого подреберья. Такие больные продолжают болеть желчно-каменной болезнью. И несмотря на то, что удаление желчного пузыря при калькулезном холецистите не всегда приводит к излечению, мы настойчиво рекомендуем больным оперативное лечение. Свои доводы мы обосновываем следующими аргументами: во-первых, при операции удаляется основной очаг инфекции и, во-вторых, после удаления желчного пузыря упрощаются анатомические соотношения. В результате этого повышается эффективность рекомендуемого при выписке консервативного лечения, в том числе и курортного.
