

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Профессор Н. М. ЯНЧУР

**Из кафедры факультетской хирургии
(зав. — профессор Н. М. Янчур)**

Больные с острым холециститом должны госпитализироваться только в хирургическое отделение, а не в терапевтическое, как это практикуется до последнего времени.

При диагнозе острый холецистит совершенно обязательно совместное наблюдение за больным как хирурга, так и терапевта.

Нами проведено изучение состояния оперированных и неоперированных больных, находившихся на излечении в факультетской хирургической клинике Витебского мединститута с 1949 по 1962 г.

Всего за этот период прошел 341 больной холециститом.

Оперативному лечению подвергнуто 99 больных. Преимущественное большинство операций произведено за последние годы.

Возраст больных был от 10 до 87 лет. По полу: мужчин — 17,0%, женщин — 83,0%.

Многие больные с острым холециститом, поступающие в хирургическое отделение, оперативному лечению не подвергаются.

В целом ряде случаев изменения в желчном пузыре при остром холецистите остаются обратимыми, в то же время течение процесса в любой момент может принять такой характер, когда потребуются немедленное оперативное вмешательство.

Консервативное лечение при выраженных формах острого холецистита редко дает полное излечение, а длительное применение его ухудшает результаты последующего хирургического лечения.

Нами изучены отдаленные результаты оперативного лечения 54 больных острым холециститом. Установлено, что состояние 54 оперированных (до 12 лет включительно) хорошее, болей не испытывают, большинство не соблюдает диеты.

Из 46 больных, воздержавшихся от операции по поводу острого холецистита, удовлетворительное общее состояние отмечено только у 4, у остальных часто возникают повторные приступы болей.

Из числа оперированных больных катаральная форма холецистита отмечена в 31,2%, флегманозная — в 43,7%, гангренозная и перфоративная — в 25,1%.

Операция в ранней стадии заболевания острого холецистита до развития тяжелых изменений в желчном пузыре, печени и поджелудочной железе дает хорошие результаты, поэтому расширение показаний к ранней операции вполне обосновано.

Срочная операция показана при деструктивных формах холецистита с выраженным симптомокомплексом (бурное течение с раздражением брюшины, интоксикацией, высокой температурой и лейкоцитозом, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и др.).

Выжидательная тактика в таких случаях не должна иметь место. Операция в остром периоде также показана при наличии обтурационной желтухи.

Холецистэктомия произведена 83 больным. У 14 больных произведено холецистэктомия с дренажем общего желч-

ного протока. У 2 больных, резко ослабленных и в преклонном возрасте, была произведена холецистостомия с дренажем желчного пузыря.

К ложу пузыря, за исключением единичных больных, подводился тампон.

Наиболее безопасным методом обезболивания при холециститах является местная инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому.

В течение последних трех лет, за исключением единичных случаев, операции производились под местным потенцированным обезболиванием.

Наши специальные исследования показали, что однократное применение литических смесей не вызывает отрицательных действий на функцию печени.

Местное потенцированное обезболивание должно найти более широкое применение при операциях по поводу острого холецистита.
