

И. Х. ТЕВОРКЯН, А. А. ХАЧАТРЯН

О ЖЕЛЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ.

Особенности этиологии и патогенеза желчного перитонита, своеобразие его клиники, трудности распознавания и все еще огромный процент летальности требуют дальнейшего изучения многих вопросов этого заболевания.

Частота разлитых желчных перитонитов по отношению к общему количеству операций, произведенных на желчных путях, по данным Г. М. Галайко [3], равна 7,02%, по С. А. Масумову [9],—10,5% и т. д.

Из 1080 оперативных вмешательств на желчном пузыре и желчных путях желчный перитонит нами наблюдался в 62 случаях (5,7%), из них у женщин он имел место 41 раз, у мужчин—21. Возраст наших больных колебался от 18 до 84 лет. Подавляющее большинство больных было старше 40 лет. Из 62 наших больных у 36 перитонит имел пропотной характер, а у остальных 26 он возник в результате прободения желчного пузыря и внепеченочных желчных ходов.

Мы считаем необоснованным предложение некоторых исследователей различать желчный перитонит и «холеперитонеум» как самостоятельные заболевания. Экспериментальными исследованиями ряда авторов [8, 13] доказана токсичность желчи и ее раздражающее действие на брюшину.

Наши наблюдения и данные литературы дают нам основание различать следующие виды желчного перитонита: желчный, желчно-геморрагический, желчно-серозный, желчно-фибринозный и желчно-гнойный. К сожалению, чаще встречается последняя форма, которая протекает весьма тяжело и дает большой процент летальности.

Желчные перитониты пропотного характера, по нашим данным, встречаются несколько чаще и составляют 58% всех желчных перитонитов. Этиология пропотного желчного перитонита до сего времени не совсем ясна. Ряд авторов [5, 11, 12, 15, 16, 17] считает, что причиной его является патологически измененная стенка желчного пузыря, через которую желчь путем фильтрации переходит в брюшную полость. Габерер [21], изучив некоторые вопросы абтурационной желтухи, у 4 собак из 13, которым был перевязан общий желчный проток, наблюдал пропотной желчный перитонит. В 1917 г. Блед [20], а в 1924 г. Шенбауер (цит. по [14]) экспериментально получили пропотной желчный перитонит путем введения ферментов поджелудочной железы в желчный пузырь.

Поппер [22] у 219 больных во время операции исследовал желчь на наличие сока поджелудочной железы. Последний был обнаружен толь-

ко в 17% случаев. Автор отмечает, что панкреатические ферменты, попавшие в желчные пути, оказывают свое действие только при наличии застойных явлений. Ферменты поджелудочной железы разрушают коллоиды желчи, и измененная стенка желчного пузыря становится проходимой для красящих веществ желчи и желчных кислот [11, 13, 22]. Ряд авторов [4, 8] при желчных перитонитах находит большие изменения в блуждающем нерве. На основании многосерийных экспериментальных исследований Т. А. Малюгиной [7, 8] некоторые авторы считают, что пропотной желчный перитонит нельзя объяснить какой-либо отдельно взятой теорией, так как в его основе лежат сложные нервно-рефлекторные механизмы.

Таким образом, в этиологии пропотного желчного перитонита в основном играют роль три фактора: застой желчи, инфекция и ферменты поджелудочной железы. Под действием этих факторов нарушается проницаемость стенки желчного пузыря и протоков, в результате чего желчь поступает путем диапедеза в брюшную полость. Что же касается роли камней в этиологии пропотного желчного перитонита, то в настоящее время большинство авторов считает их присутствие в желчном пузыре и протоках необязательным для нарушения проницаемости стенок последних. Однако отрицать предрасполагающую роль камней в этиологии пропотного желчного перитонита, нам кажется, нельзя. Из 36 наших больных с пропотным желчным перитонитом у 22 имелась желчно-каменная болезнь. В наших исследованиях в 10 случаях пропотного желчного перитонита во время операции констатирована хроническая индукция головки поджелудочной железы. Т. В. Шаак [18] отмечает, что при острых холецистопанкреатитах слизистая оболочка желчного пузыря оказывается некротизированной, вследствие чего стенка его становится проходимой для желчи.

При пропотном желчном перитоните желчный пузырь нередко покрывается «желчной росой» [5, 6, 11, 18, 19], а забрюшинное пространство становится зеленоватым. Явления эти аналогичны таковым при остром холецистопанкреатите. Все сказанное дает нам основание думать, что пропотной желчный перитонит и острый холецистопанкреатит являются различными звеньями одного и того же сложного процесса, связанного с нарушением циркуляции желчи и панкреатического сока. Разница между указанными заболеваниями заключается, по-видимому, лишь в том, что при пропотном желчном перитоните поджелудочная железа не вовлекается в острый процесс, а при холецистопанкреатите наряду с пропотным желчным перитонитом имеются различные стадии острого воспалительного процесса в самой поджелудочной железе.

Из 26 наблюдаемых нами больных с прободным желчным перитонитом у 22 имелась перфорация желчного пузыря, у 2—общего желчного протока, у 1—околопузырного гнойника и добавочного желчного протока, у одной же больной перитонит возник в результате соскальзывания лигатуры после холецистэктомии. Таким образом, из 62 наших

больных у 24 желчный перитонит явился осложнением первичного острого холецистита, у 37—результатом обострения хронического рецидивирующего холецистита, и у одной больной он возник после холецистэктомии.

Клиническая картина желчного перитонита весьма пестрая и зависит от ряда причин: формы перитонита и его начала, степени инфицированности желчи, вирулентности инфекции, состояния больного и др.

При асептическом желчном и желчно-геморрагическом перитоните основными симптомами являются: тупые боли в животе и диспептические расстройства (тошнота, рвота, вздутие живота, задержка отхождения газов и стула и др.), учащение пульса до 100—120 ударов в минуту при субфебрильной температуре, умеренное напряжение брюшной стенки и болезненность, более выраженная в правом подреберье, слабый симптом Щеткина-Блюмберга, притупление перкуторного звука в отлогах местах живота. В дальнейшем отмечается прогрессивное накопление выпота в брюшной полости, усиление явлений динамической непроходимости кишечника, появление желтушности покровов и нарастание явлений сердечно-сосудистой и печеночно-почечной недостаточности.

При желчно-гнойном перитоните в большинстве случаев заболевание начинается остро и протекает с характерной для разлитого гнойного перитонита симптоматологией.

Распознавание желчного перитонита всегда встречает большие затруднения и, по данным ряда авторов, правильно производится приблизительно в 10% всех наблюдений [1, 2, 7, 17]. Диагностике способствуют данные анамнеза (наличие заболеваний печени и желчного пузыря), прогрессивное скопление жидкости в брюшной полости, раннее появление желтушности покровов, обесцвечивание каловых масс и отрицательная реакция на стернобилин и др. В наших наблюдениях из 62 больных: диагноз желчного перитонита был поставлен до операции у 24 больных, на операционном столе—у 38 чел.

Лечение желчного перитонита требует неотложного оперативного вмешательства, объем и содержание которого зависит от формы перитонита, причин, вызвавших его, состояния больного и др. Основные принципы оперативного лечения желчного перитонита те же, что и при разлитом гнойном перитоните, а именно: 1) ликвидация причины, 2) удаление излившейся в брюшную полость желчи, 3) введение различными путями антибактериальных препаратов, 4) дренирование брюшной полости, 5) симптоматическое лечение.

У 58 больных нами была произведена холецистэктомия с последующим дренированием брюшной полости, у 1—холецистостомия с дренированием брюшной полости, у 3—лапаротомия и дренирование брюшной полости. У 3 больных из 58 холецистэктомия сочеталась с холедохостомией, у 3—с аппендэктомией. Анализ клинического материала показывает, что тампонада брюшной полости должна быть только вынужденным мероприятием, ибо она не обеспечивает хороше-

го оттока. Лучшие результаты дает дренирование брюшной полости, в частности, через дополнительный разрез на правой боковой стенке живота. При пропотном желчном перитоните большое значение имеет рационально проведенная разгрузка застойных желчных путей (холецистостомия, холедохостомия и др.).

Наш опыт показывает, что в борьбе с инфекцией желчных путей более эффективным является введение антибактериальных препаратов широкого спектра действия (сигмомицин, мономицин, морфоциклин и др.) непосредственно в систему воротной вены или в брюшную аорту.

Среди симптоматических мероприятий при комплексном лечении желчного перитонита мы значительное место уделяли кортикостероидам, инсулину, витаминам, переливанию крови и др. Летальность при желчном перитоните, к сожалению, остается еще очень высокой и, по данным авторов, достигает до 50—70% [5, 7, 10].

Из оперированных нами 62 больных скончались 28 чел. (45,1%). Анализ причин летальности показывает, что они обусловлены, с одной стороны, наличием хронических воспалительных и дистрофических изменений в организме больных, вызванных длительным существованием патологии в печени и желчных путях, а с другой—острыми расстройствами, главным образом, сердечно-сосудистой системы, возникающими в результате действия желчи в сочетании с инфекцией. Для исходов оперативного лечения желчных перитонитов, естественно, большое значение имеет время, прошедшее от начала заболевания и оперативного вмешательства. Трудности диагностики желчного перитонита приводят, к сожалению, в большинстве случаев к поздним оперативным вмешательствам. Так, из 62 больных в первые 48 ч. после начала заболевания были оперированы только 10, из них умер один, а остальные 52 оперированы в сроки от 2 до 14 дней, из числа которых умерло 27 чел.

Высокая летальность при желчном перитоните настоятельно требует от практических врачей глубже заняться вопросами профилактики осложнения заболеваний печени и желчных путей. В этом отношении, нам кажется, следует прежде всего охватить диспансерным обслуживанием всех больных, страдающих патологией печени и желчных путей. Необходимо дальнейшее расширение контакта в работе хирурга и терапевта в отношении таких больных и своевременное оперативное лечение, которое явится лучшей профилактикой осложнений, в частности желчного перитонита, которыми так чреваты заболевания печени и желчных путей. Наконец, следует обратить внимание на вопросы показаний различных пункций печени, которые также являются одной из причин желчного перитонита.

В заключение отметим, что при подозревании на разлитой желчный перитонит решающим фактором для успеха операции является своевременное оперативное вмешательство. В случаях перфоративного желчного перитонита холецистэктомия должна сочетаться с обязательным дренированием брюшной полости, а при желчном перитоните после любой операции, направленной на разгрузку желчных путей, необходимо

дренирование брюшной полостью по типу подводного дренажа. Последний обеспечивает постоянную эвакуацию экссудата, а также дает возможность многократно орошать брюшную полость растворами антибиотиков широкого спектра действия.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 8/1 1969 г

Ի. Խ. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ, Ա. Ա. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ԼԵՂԱՅԻՆ ՊԵՐԻՏՈՆԻՏՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո մ

Լեղային տարածված պերիտոնիտով վիրահատված 62 հիվանդներից 36-ի մոտ պերիտոնիտը եղել է արտածորվող ընկլթի, իսկ 26 դեպքերում այն առաջացել է լեղապարկի և լեղուղիների պերֆորացիայի հետևանքով:

Արտածորվող լեղային պերիտոնիտի 36 դեպքերից 24-ի ժամանակ հայտնաբերվել է լեղաքարային հիվանդություն, իսկ մնացած 10 դեպքերում՝ ենթաստամոքսային գեղձի գլխիկի խրոնիկ ինդուրատիվ պրոցես: Հեղինակները ենթադրում են, որ արտածորվող լեղային պերիտոնիտի էթիոլոգիայում դեր են խաղում երեք գործոններ՝ լեղու կանաչը, ինֆեկցիան և ենթաստամոքսային գեղձի ֆերմենտները: Ենթադրում են, որ արտածորվող լեղային պերիտոնիտը և սուր խոլեցիստոպանկրեատիտը հանդիսանում են միևնույն բարդ պրոցեսի տարբեր օղակները. վերջինս կապված է լեղու և պանկրեատիկ հյուսվածքի շրջանառության խանգարման հետ:

Թափածակող լեղային պերիտոնիտով տառապող 26 հիվանդներից 22-ը ունեցել են լեղապարկի պերֆորացիա, երկուսը՝ ընդհանուր լեղածորանի թափածակում. մեկն ունեցել է հարկապարկային թարախակույտ և հավելյալ լեղածորան, իսկ մեկ հիվանդի մոտ պերիտոնիտը զարգացել է լեղապարկի հեռացումից հետո՝ ծայրատի կապը բացվելու հետևանքով: Նախքան վիրահատությունը, տարածված լեղային պերիտոնիտ ախտաբանումը տրվել է 24 հիվանդի, իսկ վիրահատական սեղանի վրա՝ 38 հիվանդի:

Վիրահատման ժամանակ ներարկվել են անտիբիոտիկներ (սիգմոմիցին, մոնոմիցին, մորֆոցիկլին) անմիջապես դռներակի (v-portae) համակարգում: Հեղինակները գտնում են, որ լեղային պերֆորատիվ պերիտոնիտների ժամանակ լեղապարկի հեռացումը պետք է զուգորդվի որովայնի խոռոչի դրենաժով, իսկ արտածորվող լեղային պերիտոնիտի դեպքում ամեն մի անհրաժեշտ վիրահատությունից հետո, որը ուղղված է թեթևացնելու լեղուղիների ծանրաբեռնվածությունը. որովայնի խոռոչում պետք է թողնել արտազտիչ դրենաժ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бобрин Н. И. Здравоохранение Белоруссии, 1955, 6, 33.
2. Боровой Е. М. Врачебное дело, 1955, 2, 165.
3. Галайко Г. М. Хирургия, 1956, 11, 92.

4. Гафуров Д. Г. Клиническая медицина, 1959, 6, 48.
5. Лазария А. Д. Вестник хирургии, 1968, 10, 24.
6. Лериш Рене. Основы физиологической хирургии. М., 1965.
7. Малюгина Т. А. В кн.: Труды VI пленума правления Всесоюзного хирургического общества. Л., 1957, 295.
8. Малюгина Т. А. Вестник хирургии, 1961, 10, 118.
9. Масумов С. А. В кн.: Труды VI пленума правления Всесоюзного общества хирургов. Л., 1957, 198.
10. Мачилаев М. М. Вестник хирургии, 1968, 5, 108.
11. Нелюбович Ян. Патофизиология хирургических заболеваний. Варшава, 1967.
12. Попов И. М. Хирургия, 1958, 9, 115.
13. Постников Р. П. Вестник хирургии, 1960, 11, 3.
14. Сосновский А. Г. Новый хирургический архив, 1956, 4, 43.
15. Топчибаев М. А. Хирургия, 1951, 1, 57.
16. Финкельштейн Б. К. Врачебное дело, 1927, 17, 1221.
17. Финкельштейн Б. К. Врачебное дело, 1927, 18, 1302.
18. Шаак Т. В. В кн.: VI пленум правления Всесоюзного общества хирургов. Л., 1957, 250.
19. Шаак Т. В. В кн.: Труды I съезда хирургов Российской федерации. М., 1959, 86.
20. Blad A. Arch. klin. chirurg., 1917, 109, 101.
21. Haberer. Langenb. Arch. f. klin. chirurg., 1910, 80, 128.
22. Popper H. Brons. Beitr., 1936, 164 1, 125.